Nr. 14. 7. kwietnia 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr. H. HILAROWICZ, adjunkt kliniki. Lwów.

O postępowaniu chirurgicznem w przypadkach z objawami wrzodu żołądkowo-dwunastnicowego, którego nie stwierdza się przy operacji.

Z Kliniki Chir. Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyr. Prof. Dr. Hilary Schramm.

Znanem jest każdemu chirurgowi, który ma do czynienia z większym materjałem wrzodu żołądka i dwunastnicy, iż w nierzadkich przypadkach rozpoznawanych klinicznie jako wrzód i jako takie operowanych — w czasie zabiegu nie stwierdza się żadnych zmian lub też tylko bardzo nieznaczne, które nie odpowiadają pozornie doznawanym przez chorego dolegliwościom. Niespodzianki takie, zwłaszcza, o ile objawy przemawiające za operacją były ciężkie, jak np. wielki krwotok, sprawiają chirurgom pewne, że tak powiem, rozczarowanie i wzbudzają poczucie niedostateczności środków rozpoznawczych, któremi rozporządzamy w ustaleniu wskazań operacyjnych.

O ile kwestja leczenia operacyjnego wrzodu żołądka i dwunastnicy zbliża się do ostatecznego rozwiązania na korzyść doszczętnego wycięcia wrzodu wraz z częścią oddźwiernikową, o tyle sprawa postępowania w omawianych przypadkach jest, podobnie jak ich etjologja, niejasną.

Nie ulega wątpliwości, że przyczyny, które wywołują zespół klinicznych objawów naśladujący w zupełności wrzód oddźwiernikowo- dwunastnicowy, mogą być rozmaite; konieczną jest też pewna klasyfikacja odnośnych przypadków, co wraz z próbą ustalenia wskazań do poszczególnych zabiegów oraz oceną ich wartości jest przedmiotem niniejszej pracy.

Wśród naszego materjału 272 chorych operowanych na skutek rozpoznania wrzodu żołądka lub dwunastnicy w latach 1920 do 1928 znalazło się 18 „mylnie“ rozpoznanych przypadków, których historję choroby tutaj w krótkości podajemy.

Przypadek 1. L. h. ch. 60. 1920/21) Br. W. l. 34, od 12 lat chory, bóle po jedzeniu, przed kilku laty krwotok żołądkowy. Röntg.: cz. oddźw. zaostrzona, na ucisk bolesna, po 4 g. $^3/_4$ baru zalega. Treść: naczczo Hcl. wol. 12., og. 22., po śniad. pr. 20, 25. Przy operacji prócz licznych zrostów w okolicy zgięcia wątrobowego, w żołądku i dwunastnicy nie można znaleźć żadnych zmian. Mimo tego ze względu na wywiady — zespolenie tylne. W r. 1923 brak poprawy, bóle wymioty, kwasota naczczo 0.0, po śniadaniu 12,6.

Przypadek 2. (L. h. ch. 148, 1922). Moj. H. lat 33, od 10 lat chory, bóle w godz. po jedzeniu, odbijania, wymioty, stale zażywał sodę. Röntg.: żoł. ślimakowato zwinięty, wypr. praw., bulb. bez zmian; powtórne badanie: na k. małej nyża (?) Rozp. ulc. call. curv. minoris? Treść: naczczo 6/15 po śniad. 14/20, śluz, ć. czerwone nieliczne. Przy operacji mimo gastrotomji i obejrzenia k. małej nie stwierdza się nigdzie wrzodu; wobec tego nie wykonano nic więcej. 1923 brak jakiejkolwiek poprawy.

Przypadek 3. (L. h. ch. 251/1921 i 245/1922). Pink. B. l. 45, od 3 lat chory, bóle w pół godz. po jedzeniu, wymioty kwaśne. Treść naczczo: 53/68, po śniad. 32/62. Przy operacji nie stwierdza się mimo dokładnego badania żadnych zmian. Dolegliwości trwają dalej. W r. 1927 ponowna operacja wykazuje małe stwardnienie na krzyw. małej; wycięcie podłużne tamże stwierdza maleńki, ale głęboki wrzodzik, uleczenie.

Przypadek 4. (L. h. ch. 144/1922). Mich. C., l. 40, chory od 5 lat, bóle okresowo po jedzeniu, w ostatnich czasach wymioty. Röntg.: po 6 g zalega pół baru; opuszka dw. jako plamka. Treść naczczo: 36, 45, po śniadaniu 36, 65. Rozp. Ulc. duod. Przy operacji nie stwierdza się wrzodu, tylko kilka luźnych zrostów; i nieznacznie powiększonych gruczołów limfat. Zespolenie żoł.-jelit. Zrazu poprawa, potem znowu bóle i dawne dolegliwości.

Przypadek 5. (L. h. ch. 272 z r. 1924). Rozalja J. l. 21, chora od 12 lat, bóle po jedzeniu i w nocy trwające okresami; obecnie pogorszenie, wymioty; od dawna cierpi na bicie serca, duszność. Wyraźne objawy Basedowa. Röntg.: bulbus wypełnia się trudno, jako plamka, bolesny; po 3 godz. $^1/_3$ baru zalega, nad barem dużo płynu. R.: wrzód dwunastnicy. Treść: naczczo oboj., po śniad. 2/6. Przy operacji nie można stwierdzić w żołądku i dwunastnicy żadnych zmian, prócz znacznie zgrubiałego i skurczonego oddźwiernika. Pyloromyotomja typowa. Po zabiegu znaczna poprawa, bóle, wymioty ustały zupełnie. Treść naczczo obj., po śniad. 3/8. W r. 1928 małe dolegliwości żołądkowe.

Przypadek 6. (L. h. ch. 167, 1925). Marja M. l. 26, chora od 3 tygodni, zrazu nudności i wymioty po kilka razy dziennie; potem bóle bardzo silne w nadpępczu i podżebrzu prawem po jedzeniu i w nocy, łagodzone przez posiłek. Stolec zaparty. Röntg.: Opuszka dw. wypełnia się trudno, bolesna, lekkie opóźnienie wydalania. Treść: naczczo 25, 45, po śniadaniu 15, 35. Rozp.: wrzód dwunastnicy (?) Przy operacji nie stwierdza się żadnych zmian chorobowych, oddźwiernik nieco zgrubiały. Pyloromyotomja, mimowolne otwarcie światła dwunastn. szew, płatek sieci na tenże. Dolegliwości ustąpiły zupełnie. Po 2 tygod. Röntg.: opuszka nieco nieostra, żoł. po 3 g. pusty. Treść: naczczo 6, 12, po śniad. 7/13. Wr. 1928 stan subj. zupełnie dobry.

Przypadek 7. (L. h. ch. 356, 1925, ż.). Jadwiga Mor. l. 28. Od 4 miesięcy bóle w nadpępczu po stronie prawej po jedzeniu i w nocy, odbijania kwaśne; od 6 dni pogorszenie, bóle bardzo silne, wymioty krwawe częste, wielkie osłabienie, zaparcie stolca. Osoba b. wychudła, rozlana bolesność w nadpępczu. Röntg.: mało papki z powodu wymiotów, silna peristaltyka, opuszka dwunastnicy trwale wypełniona, bolesna, po 6 g. trwała plamka barowa w okolicy opuszki. Rozp.: wrzód dwunastnicy. Treść: naczczo 0.8, po śniad. 16, 24. Próba benz. w kale +. Przy operacji mimo bardzo dokładnego badania nie można stwierdzić żadnych zmian w żołądku i dwunastnicy. Pyloromyotomja; przytem mimowolne otwarcie światła dwunastnicy, szew w poprzek dwuwarstwowy. Natychmiastowa poprawa, wymioty, bóle ustąpiły. Röntg.: po 2 g. żoł. pusty, w okolicy opuszki widoczna trwała plamka barowa. Chora opuszcza klinikę w dobrym stanie. Stan ten trwał 8 mies., potem znowu bóle, wymioty. Röntg.: wielka ilość płynu, wymioty utrudniają badanie. Relaparotomja: liczne i silne zrosty okolicy odźwiernika z otoczeniem; wobec tego zespolenie tylne. Poprawa. Po 2 tyg. nowe bardzo obfite i częste wymioty, które powoli uspokajają się, tak iż chora po dalszych 2 tyg. opuszcza klinikę. Röntg.: b. wiele płynu w żołądku, treść naczczo i po śniadaniu obojętna. Dalsze losy nieznane.

Przypadek 8. (L. h. ch. 326, 1925, ż.). Kat. O., l. 42. Od 3 lat bóle po jedzeniu w nadpępczu, od 2 mies. pogorszenie, bóle bardzo silne, w stolcu krew (?) Röntg.: zrazu przyśpieszenie, potem opóźnienie wydalania, tak, iż po 3 g. połowa baru zalega, opuszka wydłużona, niebolesna, gastro-enteroptosis. Treść: naczczo 15, 20, po śniadaniu 26, 50. Rozp.: Susp. quoad ul. duod. Przy operacji stwierdza się jedynie zgrubienie okrężne odźwiernika, nieznaczne pasemkowate zrosty. Pyloromyotomja typowa, płatek sieci na szew. Poprawa dolegliwości podmiot.; Röntg.: opuszka nieregularna, małe zaległości po 2 g. Treść: naczczo 4, 16, po śniad. 10, 25. W r. 1928 chora czuje się zupełnie dobrze.

Przypadek 9. (L. h. ch. 149, 1926 m.). Mordko T. l. 18, chory od 3 tygodni, bóle w żołądku po jedzeniu, wymioty kwaśne, zaparcie. Röntg.: Opuszka dw. wypełnia się przelotnie, nieostro, bolesna. Treść: naczczo 40, 60, po śniad. 42, 65. Rozp.: podejrz. na wrzód dwunastnicy. Przy operacji stwierdza się jedynie przerosły, zgrubiały okrężnie odźwiernik, na jego przedniej powierzchni małe zmętnienie bł. surowiczej (blizna?) Pyloromytomja, warstwa podśluzówkowa prawidłowa, szew warstwowy surowiczo-mięśniowy poprzeczny. Po 2 tyg. Röntg.: szybkie wypr. żołądka, bar płynie szerokim stałym strumieniem do dwunastnicy. Treść: naczczo 0,0, po śniad. 4, 16; żółć obecna — znaczna podm. poprawa. Zgłosił się w r. 1928; ma niewielkie dolegliwości żoł.; wynik badania Röntg. jak wyżej.

Przypadek 10. (L. h. ch. 108, 1927 m.). Ant. D., l. 37. Chory od $1^1/_2$ roku; bóle silne stale w kilka godz. po jedzeniu w podżebrzu prawem, odbijania, zaparcie, w ostatnich czasach wymioty. Röntg.: bez zmian. Treść naczczo 0.10, po śniad. 6, 18. Rozp.: Susp. quoad ul. duod. Przy operacji stwierdza się jedynie przerost odźwiernika, zresztą brak jakichkolwiek zmian. Pyloromyotomja, szew warstwy mięśn. surow. w poprzek. Poprawa subjektywna. Röntg.: szybkie wydalanie trwałym strumieniem baru, po 1 g. żoł. pusty. Treść naczczo 0,0, po śniad. 2, 14. Po roku stan

chorego zupełnie dobry, nie odczuwa dawnych bólów i dolegliwości.

Przypadek 11. (L. h. ch. 202, 1928 m.). Ludw. D. l. 27. Od roku chory na żołądek, bóle po jedz., wym., raz atak podejrzany na kryte przebicie wrzodu. Röntg.: opuszka dw. wypełnia się nieregularnie, nieostro, bolesna. Treść naczczo 6,16, po śniad. 13, 23. Przy operacji stwierdza się znaczny przerost (zgrubienie okrężne) odźwiernika, na przedniej ścianie małe zbielenie błony surowiczej. Pyloromyotomja, szew poprzeczny warstwy m.-sur. Po operacji bezpośrednio znaczna poprawa. Röntg.: bar przechodzi ciągłym strumieniem do dwunastnicy, po 3 kwadransach żoł. pusty. Treść naczczo 0,2, po śniad. 4, 14. W r. 1928 doniósł, iż ma nieznaczne dolegliwości żoł.; przybył 20 kg na wadze.

Przypadek 12. (L. h. ch. 244, 1928 m.). Teodor M., lat 33. Od 2 lat bóle w parę godzin po jedzeniu. wymioty kwaśne, zauważył raz czarne stolce. Nadpępcze po stronie prawej tkliwe. Röntg.: przewężenie stałe na krzywiźnie dużej, opuszka bez zmian. Podejrz. na ulc. praep. Treść naczczo 0, 15, po śniad. 29, 40, krwawienie. Przy operacji stwierdza się znaczny przerost odźwiernika, nieznaczne zmiany na błonie surowiczej. Pyloromyotomja, szew warstwy mięśn.-surow. poprzeczny. Stan podm. po oper. wyśmienity. Röntg.: bar płynie nieprzerwanym strumieniem do dwunastnicy, po $^1/_2$ godz. żoł. pusty. Treść naczczo 2, 12, po śniad. 5, 18. W r. 1928 doniósł, iż ma się dobrze, przybył na wadze blizko 29 kg.

Przypadek 13. (L. h. ch. 1928 ż.). Beila l .29. Chora od 4 lat, bóle po jedzeniu i w nocy, wymioty; od paru tygodni pogorszenie, w klinice chora jęczy mimo diety i środków łagodzących bez przerwy. Röntg.: Peryst. b. żywa, przecinająca; nad barem na szer. 2 palców płyn. Canalis pylor. wypróżnia się bardzo szybko; kontur krzywizny małej w połowie p. desc. nieostry. Opuszka dw. wyciągnięta, matowa. Okolica odźw. bolesna na ucisk. Przy operacji stwierdza się jedynie odźwiernik bardzo zgrubiały. Pyloromyotomja, zwieracz gruby na 10—12 mm. Wynik bezpośredni zabiegu znakomity, szew warstwy mięśn.-sur. poprzeczny, bóle, wymioty znikły zupełnie. Röntg.: b. szybkie wypr. się żołądka, po 1 g. pusty. Treść naczczo 0,0, po śniad 0,18, chora opuszcza klinikę bez dolegliwości.

Przypadek 14. (L. h. ch. 240, 1928 m.). Max F., l .32. Chory na żołądek od 2 miesięcy, bóle po jedzeniu, wymioty częste. Röntg.: wykazuje opóźnienie wydalania, opuszka dw. wypr. się nieregularnie, tkliwa. Treść: naczczo ob., po śniad. 5, 10. Obustronne nacieki w szczytach. Przy operacji stwierdza się jedynie świeże gruzełki rozrzucone w jamie brzusznej, też na otrzewnej żołądka. Jamę brzuszną zaszyto.

Przypadek 15. (L. h. ch. 3, 1928 m.). Piotr P. l. 40. Chory od 3 lat, gniecenie w dołku podsercowym po jedzeniu, czasem wymioty, czarne stolce. Röntg.: Opuszka dw. wypełnia się przelotnie, nieostro, bolesna. Rozp. Ulc. duod. Treść: naczczo oboj., po śniad. 15, 25. Przy operacji stwierdza się w odźwierniku zgrubienie tak znaczne, że zachodzi podejrzenie na początkujący nowotwór; kilka małych gruczołków w krzywiźnie dużej części odźwiernikowej, ściana żołądka w obrebie tej ostatniej wydaje się jakby zgrubiała. Wobec tego wycięcie części odźwiernikowej w. Rydygiera. Wynik bezpośredni dobry. Treść 0,0, po śniad. 4, 10. Po pół roku chory zgłosił się w dobrym stanie, ma nieznaczne dolegliwości żoł. W wyciętym preparacie stwierdza się znacznie przerosły, 10 mm gruby zwieracz, oraz duże fałdy przerosłej błony śluzowej żołądka tuż przed odźwiernikiem. Na błonie śluzowej bardzo liczne brodawkowate zgrubienia, ułożone pasmami, na szczycie których widnieją erozje wielkości główki od szpilki; wrzodu ani blizny nigdzie nie stwierdza się; drobnowidowo — wybitny przewlekły stan zapalny, w niektórych miejscach bł. śluzowa zanikła, w innych bardzo silnie polipowato przerosła; bardzo liczne mieszki i erozje mieszkowe, nacieki drobno-komórkowe, miejscami „metaplazje" w nabłonek kubkowy — (gastritis chronica).

Przypadek 16. (L. h. ch. 279, 1927 m.). Marc. B. l. 37. Chory od 5 lat, bóle w kilku godz. po jedzeniu, wymioty. Röntg.: żoł. rozszerzony, wydalanie opóźnione, opuszka wypełnia się nieostro, niewyraźnie. Treść naczczo 60, 75, po śniad. 40, 64. Rozp. Ulc. duod. Przy operacji stwierdza się odźwiernik zgrubiały, tworzący przy ujęciu w rękę wyraźny guz; gruczoły nigdzie nie powiększone. Wobec podejrzenia na wrzód odźw. wycięcie części odźw. w. Rydygiera. Wynik bezpośredni i po roku dobry. Treść 2, 6, po śniad. 10, 18, w r. 1928 zdrów, nieznaczne dolegliwości żoł. Na wyciętej części żołądka stwierdza się jedynie znacznie przerosły zwieracz, nigdzie nie spotyka się owrzodzeń lub blizny. Błona śluzowa okazuje miejscami znaczny brodawkowaty przerost. drobnowidowo nacieki drobnokomórkowe, liczne mieszki, miejsca znacznie przerosłe.

Przypadek 17. (L. h. ch. 289, 1926 m.). Karol H. l. 23. Chory od lat 2. Bóle po jedzeniu w kilka godzin i nad ranem bardzo silne; w ostatnich czasach kwaśne wymioty. Röntg.: Opuszka dw. wypełnia się nieostro, niewyraźnie, tkliwa, wydalanie miernie opóźnione. Treść: naczczo 24, 42, po śniad. 23, 43. Rozp. Ul. duod. Przy operacji stwierdza się guzowate zgrubienie odźwiernika, kilka zrostów. Wobec podejrzenia na wrzód, wycięcie odźwiernika w. Krönleina. Wynik bezp. b. dobry. Treść naczczo oboj., po śniad. 6, 12. Po dwu blizko latach stan dobry, odżywia się prawidłowo. W wyciętej części żołądka stwierdza się znacznie przerosły zwieracz, brak wrzodu lub blizny. Makroskopowo błona śluzowa gładka, drobnowidowo bardzo nieznaczne zmiany przewlekłe zapalne.

Odnośnie do wszystkich wymienionych przypadków należy zaznaczyć, że badano zawsze starannie woreczek żółciowy i drogi żółciowe względnie wyrostek robaczkowy celem wykluczenia ich ewentualnych schorzeń jako przyczyny dolegliwości.

Jeżeli z przytoczonych tu 17 przypadków wyłączymy przypadek 3, który jest dowodem na to, że dolegliwości chorego przecież mogły być sprowadzone przez wrzód ukryty na krzywiźnie małej a stwierdzony dopiero przy drugiej operacji, względnie, że rozwinął się on dopiero na tle przedtem istniejących zmian zapalnych (p. n.), oraz przypadek 14, w którym dolegliwości żołądkowe były zależne od świeżej erupcji gruzełków na otrzewnej żołądka a może i zmian gruźliczych błony śluzowej tegoż, pozostaje 15 przypadków odnoszących się w ściślejszem znaczeniu do omawianej tutaj kwestji.

Co się tyczy częstości przypadków, to w piśmiennictwie spotykamy odnośnych dat nader mało. Payr 1) określał ilość takich „mylnych" rozpoznań na 20%, opierając się na 46 przypadkach operowanych w pewnym okresie czasu, a jakkolwiek cyfra ta wydaje się wobec naszej (6'6%) nieco za wysoką, w każdym razie świadczy o tem, że przypadki takie są dość częste. Oczywiście częstość ta zależy od dokładności badania, doświadczenia osobistego oraz wskazań ogólnych do operacji, których się trzyma dany chirurg. Wśród naszego materjału spotykaliśmy prócz opisanych przypadków także i takie, w których poza naszą kliniką wykonano mimo nieistnienia wrzodu zespolenie żołądkowo-jelitowe, a które będą przedmiotem oddzielnej pracy.

Ze względu na stronę czysto rozpoznawczą, wskazania do operacji oraz rokowanie przedoperacyjne ważną jest kwestja, czy jesteśmy w stanie przed zabiegiem przypadki w rodzaju tu omawianych wyodrębnić i odróżnić od przypadków właściwego wrzodu okolicy odźwiernika lub dwunastnicy.

Wiek, płeć chorych nie dają nam szczególnych wytycznych punktów, choć przeważnie byli to ludzie w wieku młodym lub średnim, przyczem kobiety, licząc procentowo zdają się nieco przeważać.

Wywiady przedstawiają się dwojako: U jednych chorych czas trwania dolegliwości jest długi, sięga kilku do kilkunastu lat, a nawet jak w przypadkach Konjetznego 20 i 30, przyczem dolegliwości występują okresowo, pogarszają się stopniowo a polegają głównie na bólach w kilka godzin po jedzeniu i naczczo, odbijaniach, czasem wymiotach, nawet krwawych; u innych czas trwania choroby jest uderzająco krótki, kilka tygodni lub miesięcy, przyczem zwraca uwagę niestosunek między krótkiem trwaniem dolegliwości a ich nasileniem, zwłaszcza o ile na pierwszy plan wybijają się uporczywe wymioty, które przy wrzodzie odźwiernikowo-dwunastniczym zjawiają się zazwyczaj późno w następstwie zwężenia. O ile przypadki pierwsze nie różnią się w wywiadach od przypadków wrzodu o tyle wywiady w drugich zdają się być charakterystyczne dla braku wrzodu. Bolesność uciskowa jest zaznaczona nieraz dość wybitnie i nie daje podobnie jak wynik badania treści, która może być prawidłową, lub przedstawiać odchylenia w obydwu kierunkach, żadnych pewnych danych. Możliwe, że badanie morfologiczne treści żołądkowej naczczo po zadziałaniu histaminy oraz zachowanie się wydzielania czerwieni obojętnej pod wpływem histaminy stosowane obecnie na klinice przez autora pozwoli na rozpoznanie zmian przewlekłe zapalnych żołądka, tak ważnych dla patogenezy omawianych przypadków.

Najciekawszym jest wynik badania Roentgenowskiego, które jest zazwyczaj rozstrzygającem przy wskazaniu do operacji, a we wszystkich prawie przypadkach (z wyjątkiem p. 10) wykazywało pewne zmiany, najczęściej mierne opóźnienie wydalania, niewyraźne i nieregularne wypełnianie się opuszki dwunastnicy, często nadmierną peristaltykę; zwracają też uwagę trwałe pozostałości barowe lub cienie robiące wrażenie uchyłków, które zdają się zależeć od obecności głębokich fałdów przerostej nieraz błony śluzowej po obu stronach zgrubiałego odźwiernika. Zmiany Roentgenowskie, uzasadniające rozpoznanie, względnie podejrzenie na wrzód odźwiernika lub dwunastnicy opisali w swo-

ich przypadkach jako częste również Payr, Konjetzny 2) i inni. Możliwe, że bardzo precyzyjne badanie Roentg., a szczególnie stosowanie rzadkiej zawiesiny w małej ilości pozwoliłoby na ściślejsze rozpoznanie w omawianych przypadkach (Berg).

Wreszcie o ile chodzi o zmiany konstytucyjne, to i wykazanie ewentualnych „stigmatów", świadczących o nieprawidłowej czynności układu wegetatywnego nie przedstawia nic pewnego dla właściwego rozpoznania, wobec częstości ich występowania przy wrzodzie i ścisłego związku powyższych zaburzeń z jego powstawaniem, będącego podstawą „teorji nerwowej" (Bergmann i inni). Wśród naszych przypadków zwraca uwagę przypadek 5-ty, z wybitnemi objawami Basedowa, na którego związek z wrzodem żołądka niejednokrotnie wskazywano (Katz, Gali, Westphal, Holler).

Jak wynika więc z powyższych danych, nie jesteśmy w stanie na podstawie badania klinicznego zabezpieczyć się przeciwko „mylnemu" rozpoznaniu wrzodu; jedynie jeszcze wywiady mogą nam jak wspomniano nasunąć myśl, że mamy do czynienia nie ze sprawą anatomiczną postępującą powoli i doprowadzającą do coraz większych zmian, lecz ze zboczeniem czynnościowem, którego przyczyna nie jest nam jeszcze bliżej znaną.

Po otwarciu jamy brzusznej uderza nas zazwyczaj niestosunek pomiędzy znacznemi dolegliwościami chorego a brakiem zmian, których spodziewaliśmy się z mniejszą lub większą pewnością.

Stan, który wtedy stwierdzamy przedstawia jak sądzić można z naszych przypadków pewne cechy charakterystyczne. Najważniejszem i najczęstszem jest zgrubienie okolicy odźwiernika, które przy ujęciu w całą dłoń robi wrażenie dość opornego i wyraźnego guza, a który dopiero przy chwycie na wykazanie drożności objawia się nam jako jednostajny, okrężny wałek z otworem w środku; bez zastosowania tego środka można łatwo myśleć o zaczynającej się sprawie nowotworowej. W jednych razach prócz zmiany powyższej nie stwierdzamy wogóle żadnych zmian na otrzewnej żołądka i dwunastnicy (przyp. 8, 13). W innych spostrzegamy na przedniej powierzchni odźwiernika malutkie zmleczenia, lub nieznaczne zrosty, blaszki, i te przypadki nastręczają nam pewne wątpliwości co do obecności małego wrzodu. Wreszcie należy wyodrębnić przypadki w których prócz zmian grubości odźwiernika, możemy zauważyć tu i ówdzie powiększony gruczołek chłonny w krzywiźnie dużej i stwierdzamy pewne jakby zgrubienie, zwiększenie oporności ściany żołądka, zwłaszcza w części odźwiernikowej (przyp. 15). Wspomnieć należy, że dla stwierdzenia ewentualnie ukrytego wrzodu polecano w podobnych przypadkach pewne zabiegi dodatkowe jak np. otwarcie dwunastnicy względnie żołądka i obejrzenie błony śluzowej od wewnątrz (zastosowany w przyp. 2-gim) oraz t. zw. duodenoskopję, którą szczególnie zalecał Beck, posługując się szczególnym przyrządem optycznym w rodzaju rektoskopu, wprowadzanym do wnętrza żołądka, wreszcie używano prześwietlania dwunastnicy lampką wprowadzoną poza nią. Sposobu pierwszego nie możemy polecić, gdyż otwarcie światła zwłaszcza dwunastnicy nie jest obojętnem, co do duodenoskopji zaś, to daje ona wyniki niewystarczające, według Heymanna, któremu ani w jednym przypadku nie udało się z jej pomocą stwierdzić przyczyny znacznych nieraz dolegliwości; Heymann jest zdania, że gdzie brak jakichkolwiek cech zewnętrznych wrzodu zwłaszcza dwunastnicy tam go niema wogóle, a ze zdaniem tem, szczególnie o ile chodzi o wrzód odźwiernika a zwłaszcza dwunastnicy i o dolegliwości trwające latami, musimy się na podstawie naszego doświadczenia zgodzić.

Rozstrzygnięcie pytania jaka jest przyczyna dolegliwości w przypadkach omawianych a przedstawiających po otwarciu jamy brzusznej wyżej wymienione cechy nie jest łatwem. Kwestja ta wiąże się ściśle z kwestją t. zw. kurczu odźwiernika (pylorospasmus) u dorosłych oraz ze sprawą obrazu chorobowego jaki przedstawia przewlekły stan zapalny ściany żołądka (gastritis) i stosunku tegoż do powstawania wrzodu żołądka i dwunastnicy.

Co do możliwości czysto nerwowego, nie zależnego od zmian anatomicznych kurczu odźwiernika, to niektórzy autorowie jak Brugsch, Faulhaber i inni nie uznają jego istnienia, a przypuszczają, że jest on tylko objawem wtórnym wywołanym przez małe wrzodziki (ragady) okolicy odźwiernika. Cały szereg innych autorów, przedewszystkiem Bergmann, oraz wielu chirurgów, dysponujących materjałem stwierdzonym naocznie, przypisuje samoistnemu kurczowi odźwiernika wielką rolę. Haidenhain 3) stwierdzał niejednokrotnie kurcz z przerostem aż do zwężenia bez jakichkolwiek owrzodzeń i uważa go za cierpienie analogiczne do kurczu odźwiernika osesków, który może zostać w życiu późniejszym wyrównany i przebiegać do czasu bez objawów. Takie „zwężenia dobrotliwe" na tle skurczu i przerostu opisał anatomo-patolog Gruber, który jednak wątpi o związku ich ze skurczem odźw. osesków. Jako przyczyny kurczu podają Finney i Friedenwald czynniki nerwowe, „irrytatywne" i odruchowe. Okazuje się jednak, że przy bliższem zbadaniu histologicznem stwierdzono dosyć często zmiany anatomo-patologiczne, które uważano za przyczynę kurczu; i tak Kelling 4) stwierdził drobnowidowo małe nacieki w samym mięśniu, a wielu autorów jak Borgbjärg 5), Kemp 6), Faber 7) a zwłaszcza Konjetzny uważają zmiany przewlekle-zapalne części odźwiernikowej (gastritis chronica) za przyczynę kurczu i dolegliwości. Wreszcie Payr kładzie główny nacisk na przyczyny konstytucjonalne, jako tło kurczu odźwiernika, który nie ogranicza się według nowszych badań wyłącznie do tego ostatniego. Cała sprawa jest dość zawiła, a poszczególne zapatrywania nie wykluczają się wzajem. Zarówno kurcz odźwiernika jak i zmiany zapalne mogą być zależne od nieprawidłowych bodźców nerwowych, a doświadczenia Stahnkego 8), który przez drażnienie n. błędnych uzyskał zmiany zapalne błony śluzowej żołądka, rzucają na sprawę powyższą nowe światło. Z jednej strony kurcz odźwiernika trwając latami może przez zastoinę sprzyjać wystąpieniu zmian zapalnych, z drugiej zaś te ostatnie, o ile dotyczą okolicy odźwiernika z powodu obecności nadżerek i zaburzeń wydzielniczych mogą podtrzymywać kurcz. Na podstawie naszego materjału musimy stwierdzić, że w jednych przypadkach wybija się na pierwszy plan kurcz odźwiernika, w innych zaś przewlekły stan zapalny, tak, że trudno ustalić jednolitą przyczynę omawianego obrazu chorobowego.

Co do przypadków pierwszego rodzaju, istnieją niewątpliwie takie, w których i histologicznie nie stwierdza się żadnych prawie zmian (np. przypadek Nr. 17). Należą tu niewątpliwie przypadki z anamnezą krótką, co również przemawia przeciw pierwotnemu zapaleniu błony śluzowej jako przyczynie skurczu; w tych razach jesteśmy skłonni przypuścić tło konstytucjonalne, przyczem przyczyny, natury odruchowej odległe czy miejscowe, wywołujące usadowienie się kurczu właśnie w odźwierniku, nie są nam bliżej znane; przypadki te tworzą oddzielną grupę. Do grupy drugiej należy zaliczyć przypadki w których stwierdza się przy operacji nieznaczne choćby zmiany miejscowe w okolicy odźwiernika jak minimalne blizenki, (przyp. 9) zrosty lub drobnowidowe nacieki w mięśniu; zmiany te można uważać za następstwa przebytych małych owrzodzeń błony śluzowej lub głębszych procesów zapalnych i nic nie stoi na przeszkodzie, aby uważać je za przyczynę kurczu odźwiernika i związanych z nimi dolegliwości.

Stanowią one niejako przejście do przypadków trzeciego rodzaju, zazwyczaj z anamnezą długą i dla wrzodu typową, w których nie stwierdzamy go wprawdzie ale obok przerostu odźwiernika znajdujemy mniej lub więcej znaczne zmiany zapalne w błonie śluzowej części odźwiernikowej, a zewnętrznie zgrubienie okolicy odźwiernika i samych ścian żołądka (Konjetzny) oraz nieraz powiększone gruczoły chłonne okołożołądkowe (przyp. 15, 16).

Na wyodrębnione tutaj z grubsza 3 typy kliniczne przypadków dolegliwości wrzodowych bez właściwego wrzodu posiadamy przykłady zarówno wśród naszego materjału jak i wśród dość wielu już przypadków opisanych przez wyżej cytowanych autorów.

Zależnie od zapatrywań na przyczyny dolegliwości stosowano w odnośnych przypadkach różne metody operacyjne. Ciekawem jest, że samo wykonanie laparotomji bez jakiegokolwiek zabiegu przynosi czasem nagłą ulgę, którą możemy do pewnego stopnia wytłumaczyć wpływem psychicznym a może działaniem diety; poprawa ta jednak jest krótka i chorzy wracają niechybnie (Heymann) z dawnemi dolegliwościami.

Zwolennicy zespolenia żołądkowo-jelitowego jako metody leczniczej przy wrzodzie żołądkowo-jelitowym wykonywali je chętnie, zwłaszcza dawniej i w przypadkach, w których wrzodu nie stwierdzili, jedni przypuszczając, że zabieg ten w każdym razie nie zaszkodzi, inni w dobrej wierze, że dolegliwości spowodowane kurczem odźwiernika i zastoiną względnie nadkwasowością zostaną złagodzone przez zespolenie, podobnie, jak się dzieje przy istniejącym wrzodzie odźwiernikowym lub nawet odległym od niego. Nie ulega już dziś jednak wątpliwości, że działanie zespolenia jest tem mniej korzystne im mniejsze są zmiany spowodowane przez wrzód, i że zespolenie wykonane w przypadkach w których brak wrzodu, nie tylko nic nie pomaga, ale staje się przyczyną nowych ciężkich dolegliwości. Nasze dwa przypadki, datujące się jeszcze z lat 1921—1922 świadczą o tem wymownie, a kwestja ta zostanie omówioną gdzieindziej. Dziś już godzą się wszyscy na to, iż zespolenie należy w przypadkach

takich jako szkodliwe bezwarunkowo zarzucić. Wspomnieć dalej należy, że w zamiarze zniesienia szkodliwych wpływów nerwowych na żołądek polecano w przypadkach kurczu odźwiernika szereg metod operacyjnych polegających na zniszczeniu lub przecięciu nerwów. I tak Bircher polecał częściowe przecięcie gałązek n. błędnego żołądka, zapomocą której to metody miano uzyskać dobre wyniki, (Kostlivy i in.) poprawę widział również po przecięciu nerwów żołądka Gionolla. Jeżeli jednak uprzytomnimy sobie, że żołądek posiada znaczny automatyzm zarówno pod względem wydzielniczym jak i ruchowym i że jak wykazali Kirchner i Mangoldt oraz Redwitz nawet po poprzecznem wycięciu uzyskuje prawidłową czynność, musimy uważać skutek tego rodzaju operacji za niezupełny i nietrwały.

Inne metody polegają odpowiednio do zapatrywań na pierwotne źródło dolegliwości w omawianych przypadkach bądź to na unieszkodliwianiu samego odźwiernika, bądź to na doszczętnem wycięciu go wraz z schorzałą częścią odźwiernikową żołądka.

Idea unieszkodliwienia odźwiernika nie jest nową i datuje jeszcze od Doyena (1895). W r. 1905 zwrócił Payr uwagę na „guz skurczowy" odźwiernika, objawiający się nadkwaśnością, wymiotami, bólami i lekką zastoiną, który uzależniał od obecności małych wrzodzików i porównywał do skurczu zwieracza odbytu, przy jego rozpadlinie; jako metodę operacyjną polecał w tych przypadkach t. zw. pyloroplastykę Heinecke-Mikulicza. Operacja ta obmyślona dla odźwiernika zwężonego bliznowato i jako taka zarzucona, w ostatnich latach zyskała wielu zwolenników, którzy polecali ją w zastosowaniu do przypadków kurczu odźwiernika bez jego zmian anatomicznych (Grekow, Gregory 8), Petroff, Martynow, Braizew); ostatniem jej stadjum rozwoju jest zmodyfikowana przez Oehlekera 9) a chętnie w Ameryce stosowana operacja Finneya. W r. 1924 zajął się Payr bliżej przypadkami dolegliwości wrzodowych bez wrzodu i uważa je bez względu na przyczynę za główne wskazanie do przecięcia zwieracza odźwiernika, które wykonuje jednak bez naruszania błony śluzowej a więc analogicznie do operacji Ramstedta u osesków; korzystne wyniki Payra potwierdzili inni autorzy, poddając jego metodę pewnym modyfikacjom (Kotzeborn, Schoemaker, Butzengeiger); nie brak jednakże i zapatrywań krytycznych (Muschkatin i in).

Według naszego doświadczenia do pyloromyotomji nadają się przedewszystkiem przypadki należące do pierwszej z wyżej wymienionych grup, z krótką względnie anamnezą a bardzo silnemi dolegliwościami, w których przy zabiegu stwierdzamy jedynie przerosły i skurczony odźwiernik, bez żadnych innych zmian a w których wobec krótkiego trwania choroby trudno przypuścić obecność większych zmian zapalnych. Jaka jest przyczyna usadowienia się kurczu w odźwierniku, czy są to małe nadżerki błony śluzowej w jego okolicy, czy jakieś zmiany chorobowe w przebiegu nerwów żołądka, czy też w innych odległych narządach (Pauchet), jak rozległy jest łuk odruchowy—nie wiemy, ale możemy twierdzić, że zabieg znoszący ostateczny efekt tych zmian, tj. kurcz odźwiernika jest teoretycznie a jak można sądzić z niektórych naszych przypadków i klinicznie wskazany i uzasadniony. Wynik w niektórych razach był wprost znakomity, co zależy jednak naszem zdaniem obok należytego wskazania także w znacznej mierze i od techniki zabiegu. Nie można się pod tym względem zgodzić z Payrem, że otwarcie mimowolne światła dwunastnicy jest bez znaczenia, gdyż właśnie w tych przypadkach, w których ten błąd został popełniony widzieliśmy wyniki złe lub niezadawalniające, a zależne jak się można było przekonać od następowych zrostów lub zwężenia. Uniknąć tego błędu, który zdarza się bardzo często wobec stosunków anatomicznych można przez zastosowanie szczególnej techniki, polegającej na napięciu zwieracza i wyrównaniu otaczających go kieszonek błony śluzowej w czasie przecinania 11). Bardzo korzystnem również jest zeszycie warstwy mięśniowo-surowiczej w poprzek, przez co pokrywa się i oddala od siebie końce przeciętego mięśnia, a sposób ten polecany przez Butzengeigera stosujemy obecnie zawsze z małą odmianą. Dobry wynik pyloromyotomji ujawnia się nietylko w podmiotowym stanie chorego ale i w obrazie Roentgenowskim jako przyśpieszenie wydalania treści kontrastowej, która trwałym prądem opuszcza żołądek; również i podwyższona kwasota treści żołądkowej uległa niejednokrotnie dość znacznemu obniżeniu, co musimy wobec niektórych zdań przeciwnych podkreślić. O trwałości wyników świadczą obce i nasze przypadki, jakoteż do pewnego stopnia doświadczenia na zwierzętach (Kotzeborn). Dobrze i przy odpowiedniem wskazaniu wykonana pyloromyotomja jest zabiegiem niewinnym i skutecznym.

Co do przypadków grupy drugiej, w których stwierdzamy bardzo nieznaczne zmiany jak małe zmleczenia, blizenki na błonie surowiczej okolicy odźwiernika lub nieznaczne zrosty tamże, a mimo dokładnego badania danych na wrzód nie posiadamy i w tych razach, zwłaszcza o ile odźwiernik jest w całości zgrubiały, pylorotomja dała nam wyniki dobre; zmiany wymienione mogą być niewątpliwie przyczyną kurczu odźwiernika, ale same przez się nie uzasadniają tak ciężkiego zabiegu, jakim jest wycięcie części żołądka.

Pozostają wreszcie przypadki grupy trzeciej z anamnezą długą, typową dla wrzodu okolicy odźwiernika lub dwunastnicy, obciążoną nieraz znacznym krwotokiem żołądkowym; Roentgen wykazuje w tych razach nieraz objawy zwężenia (Borgbjärg, Kemp, Faber, Konjetzny). Na przypadki te, w których po otwarciu jamy brzusznej nie znajdujemy ku naszemu zdziwieniu wrzodu, zwrócił w ostatnich latach szczególną uwagę Konjetzny, uważając za główną i pierwotną przyczynę dolegliwości, względnie kurczu odźwiernika i krwotoków przewlekły stan zapalny (gastritis) odźwiernikowej części żołądka. K. sądzi, że w przypadkach tych uleczenie uzyskać można najpewniej przez wycięcie całej schorzałej części żołądka a opiera się na szeregu swoich przypadków w których stwierdził rozległe zmiany zapalne a nawet przejścia w bujanie nowotworowe; ważnem jest również według K. zabezpieczenie chorego przed powstawaniem wrzodu na tle zmian zapalnych. Możliwe, że w przyp. Nr. 3, wyżej przytoczonym wrzód stwierdzony dopiero przy drugiej operacji rozwinął się na tle poprzednio istniejących zmian zapalnych, stwierdzonych też w wyciętej części żołądka. Kwestja ta wiąże się ze sprawą stosunku wrzodu do tych ostatnich i nie może być bliżej omawianą na tem miejscu. Należy w każdym razie Konjetznemu przyznać, że wskazania swoje stawia ostrożnie i przestrzega przed „rabunkowem" wycinaniem żołądków przez niedoświadczonych chirurgów. Jakkolwiek mimowoli cofamy się przed wycięciem zewnętrznie niezmienionego żołądka, musimy się zgodzić na to, że niektóre przypadki z objawami szczególnie ciężkiemi, nadają się do wycięcia, zwłaszcza o ile stwierdzimy obok przerostu odźwiernika także i zgrubienie ściany części odźwiernikowej (Konjetzny) a zwłaszcza powiększone gruczoły chłonne okołożołądkowe typowe dla zmienionej błony śluzowej; nawet jeżeli przypuścimy, że kurcz odźwiernika był w tych przypadkach pierwotnym, trudno spodziewać się po samej pyloromyotomji cofnięcia się daleko posuniętych zmian degeneratywno-zapalnych błony śluzowej; przed wykonaniem zespolenia w takich stanach tembardziej należy przestrzec. Wycięcie zaś części odźwiernikowej, gdyż ta ostatnia okazuje główne zmiany, może jak wykazują przypadki Konjetznego sprowadzić zupełne uleczenie. Nasze 3 przypadki wycięcia, wykonanego co prawda z powodu niepewności co do istoty zgrubienia odźwiernika, a zwłaszcza przyp. Nr. 15, zdają się również świadczyć na korzyść wycięcia, przy „gastritis", o ile będzie ono zastrzeżone do pewnych tylko, odpowiednio dobranych przypadków.

Piśmiennictwo.

1) Zbl. f. chir. 1924, 24. Arch. f. Kl. Chir. 138. 2) Zbl. f. chir. 1923, 26, Arch. f. kl. chir. 129 3) D. Z. f. Chir. 179. 4) Arch. f. kl. chir. 120. 5) Arch. f. Verdkr. 30. 6) B. z. P. u. T. d. Ernst. 2. 7) Z. f. kl. med. 76, podręcznik Kraus-Brugscha. 8) Zbl. f. chir. 1924. 33. 9) Zbl. f. chir. 1924. 39. 10) Zbl. f. chir. 1925. 20. 11) Hilarowicz: Zbl. f. chir. 1929, 10.

Prof. Dr. Jan OLBRYCHT, Kraków.
Dr. Stanisław ŚNIESZKO.

Z badań nad precypitynami.

Z Instytutu Weterynarji i Medycyny Doświadczalnej U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. J. Nowak.

(Ciąg dalszy).

VII. Grupa badań.

W tym celu użyliśmy do doświadczeń 24 królików, rozdzieliwszy je na dwie serje. U królików pierwszej serji wykonano 9 wstrzyknięć śródżylnych, podając każdorazowo po 1 cm^3 surowicy końskiej normalnej, rozcieńczonej 10-krotnie 0.85% NaCl. Po tygodniowej przerwie, wykonano przez trzy, po sobie następujące dni trzy wstrzyknięcia śródotrzewnowe (celem uniknięcia wstrzą-

su nadwrażliwościowego), podając każdorazowo po 4 cm³ normalnej i nierozcieńczonej surowicy końskiej. W sześć dni po ostatniem wstrzyknięciu pobrano próbki krwi i zmianowano surowice wedle Uhlenhutha. Wyniki przedstawione są na tablicy III. Nr. 172—176.

W drugiej serji, złożonej z 19 królików, wykonano pierwszą część uodporniania, podając małe dawki (0.1 cm³) surowicy 8 do 10 razy co drugi dzień. Po przerwie 22 do 33-dniowej wykonano uodpornienie powtórne, podając antyanafilaktycznie 0.15—0.2 cm³ surowicy rozcieńczonej jak poprzednio, a po godzinie podano śródżylnie dawkę surowicy, odpowiadającą 1 cm³ na 1 kg wagi zwierzęcia. Dawkę tę powtórzono dnia następnego. Mianowanie surowicy wykonano dla porównania zarówno po pierwszem jak i drugiem uodpornieniu. Doświadczenia te są zestawione w tablicy III, Nr. 177—213.

Jak z tej tablicy można się przekonać, miana surowic precypitacyjnych, otrzymanych w obu serjach królików są bardzo wysokie. Takie wysokowartościowe surowice jak 1 : 60.000 lub 1 : 80.000 należały do rzadkości przy uodpornianiu dawniejszemi sposobami, posługującemi się wielkiemi ilościami wywoływacza. Surowice, opisane przez Fujiwarę są coprawda wysokowartościowe, lecz posiadają wyżej wyliczone błędy, które nie zachęcają zbytnio do posługiwania się jego metodą dla celów praktycznych. Powyżej podana odmiana sposobu Fujiwary, polegająca na podawaniu małych ilości obcogatunkowej surowicy nieściętej, usuwa częściowo błędy właściwego sposobu Fujiwary. Surowice otrzymane tym sposobem nie hamują w rozcieńczeniach wywoływacza powyżej 1 : 10, lecz pierścienie są niewiele wyraźniejsze, niż przy oryginalnym sposobie Fujiwary, a zatem wprawdzie te surowice działają silnie pod względem ilościowym, natomiast jakościowo, pod względem nasilenia odczynu pozostawiają jeszcze nieco do życzenia.

Króliki w obu serjach doświadczeń, zgodnie z przewidywaniami, dały surowice najlepsze ze wszystkich podanych sposobów.

Jak widać, pierwsze, wstępne uodpornienie, wykonane często i małemi ilościami wywoływacza pobudziło ustrój królika do wytwarzania swoistych precypityn, silnych pod względem ilościowym, a więc działających nawet na znikome dawki wywoływacza. Surowice te atoli po wykonaniu pierwszej serji wstrzyknięć są jeszcze dość słabe jakościowo i dają tylko delikatne pierścienie nawet w niskich rozcieńczeniach wywoływacza. Dopiero po wykonaniu powtórnego uodporniania zmienia się znacznie obraz odczynu. W niskich mianowicie rozcieńczeniach powstają prawie natychmiast silne kłaczkowate strąty, a szybkość i nasilenie odczynu są dwukrotnie większe. Przeciętne miano surowic precypitacyjnych ludzkich podnosi się nieznacznie, ale zato szybkość powstawania pierścieni, jakość i ilość strątów jest znacznie większa. Miano przeciętne precypityn ludzkich, wynoszące po wstępnem uodparnianiu 1 : 5.512 podnosi się po powtórnem uodpornieniu do 1 : 8.857. Natomiast miano precypityn końskich, wynoszące po wstępnem uodpornieniu 1 : 8.714 dochodzi po powtórnem uodpornieniu do 1 : 23.500. Nasilenie oraz przebieg odczynu zupełnie podobne jak u precypityn ludzkich. Czemu należy przypisać w tej grupie badań tak znaczną różnicę w mianie precypityn ludzkich i końskich, otrzymywanych w ten sam sposób, trudno orzec.

Przejdźmy teraz do sprawy swoistości surowic. Większą część surowic, jakie są podane na tablicy III, przebadano dokładnie pod tym względem z surowicami heterologicznemi, najczęściej spotykanemi, a mianowicie precypityny ludzkie z surowicą bydlęcą, końską i świńską, zaś precypityny końskie z surowicą ludzką, bydlęcą i świńską. Jak to uwidacznia tablica, surowice są tem mniej swoiste, im wyższe jest ich miano. To zachowanie się swoistości możnaby tłumaczyć wielką ilością wstrzyknięć, co zgadzałoby się z przypuszczeniem Manteufla i Begera, iż w razie wykonywania więcej niż 3 wstrzyknięć zmniejsza się swoistość precypityn. Jednak przeciw temu przemawiają doświadczenia Fujiwary, który także uodporniał małemi wprawdzie, lecz częstemi dawkami. Wprawdzie starano się wykazać, niejednokrotnie nawet z dodatnim skutkiem, że wywoływacz ogrzany powoduje tworzenie się precypityn o większej swoistości. Precypityny ludzkie, otrzymane według Fujiwary, jak to zresztą podaje sam autor, mają słabo oddziaływać nawet na białko małp. Manteufel i Beger przy powtarzaniu doświadczeń Fujiwary stwierdzili większą swoistość w ten sposób otrzymanych precypityn, wyjąwszy blisko pokrewne gatunki, gdzie ograniczenie heterologiczności nie daje się zauważyć. Przeprowadzone ostatnio przez Meisnerową badania nie wykazują wielkich różnic między swoistością surowic, otrzymanych przy pomocy wywoływacza niezmienionego a gotowanego. W każdym razie trudno przypuścić na podstawie spostrzeżeń własnych i przytoczonych cudzych doświadczeń, aby wywoływacz niezdenaturowany mógł być powodem tej dość znacznej nieswoistości. Można jedynie przypuścić, że injekcje przygotowawcze w pierwszej serji uodporniania, właśnie dlatego, że są małe co do ilości wprowadzonego antygenu wywołują reakcję alergiczną w wyższym stopniu, niż wykonane dużą ilością wywoływacza injekcje przy innych metodach, gdzie reakcja ustroju ma charakter więcej swoisty niż grupowy.

Już po ukończeniu doświadczeń z tej grupy badań ukazała się praca Blumenthala, opierająca się na doświadczeniach Yoshioki (surowice przeciwpneumokokkowe), Forneta i Müllera oraz Fujiwary. Główną zaletą metody Blumenthala ma być podanie powtórne wywoływacza po przerwie przynajmniej tak długiej, aby miał czas wytworzyć się stan nadwrażliwościowy. Przypomina to w dużym stopniu, pominięte milczeniem przez autora doświadczenia Raysky'ego, tudzież Ročeka, które służyły nam za podstawę przy opisanej przez nas odmianie uodpornienia powtórnego. Doświadczenia Blumenthala, podobnie jak i nasze, prowadzą do wyników dobrych i obie prace potwierdzają się nawzajem.

VIII. Grupa badań.

Z instytutu H. Pfeiffera wyszła praca Standenatha, w której autor dowodzi na podstawie doświadczeń, wykonanych na dwóch królikach, że przy uzyskiwaniu precypityn otrzymuje się o wiele lepsze wyniki, jeżeli przed właściwem uodpornianiem wykona się poprzednio u zwierząt zaczopowanie układu siateczkowo-śródbłonkowego. W tym celu stosuje autor zawiesinę koloidalną obojętną w postaci tuszu. Tusz ten, wykonany specjalnie przez firmę Grüblera w Lipsku jest jałowy i bez dodatku środków przeciwgnilnych. Kilka dni przed uodpornieniem surowicą wstrzykuje autor śródżylnie ów tusz, rozcieńczony odpowiednio w wodzie przekroplonej a potem dopiero rozpoczyna uodpornianie królika surowicą. Jak już zaznaczono, autor ten podaje na dowód tylko dwa króliki, zaś dwa inne uodpornione surowicą w ten sam sposób, jednak bez uprzedniego zaczopowania układu siateczkowo-śródbłonkowego, służą jako kontrolne. Króliki z uprzedniem zaczopowaniem układu siateczkowo-śródbłonkowego wytwarzają precypityny dobre, bo miano jednej wynosi 1 : 20.000, zaś drugiej 1 : 40.000, podczas gdy u królików kontrolnych wynosi miano 1 : 2.500 i 1 : 10.000. Ostateczne odczytanie wyników następowało po 16 godzinach, natomiast autor nie podaje, jakie były wyniki po czasie krótszym np. jak się zwykło odczytywać po 20 minutach.

Ponieważ wkrótce potem ukazało się doniesienie Nadine-Collon'a, że wstrzykiwania tuszu nie wpływają na stopień wytwarzania się precypityn, a zaczopowanie układu siateczkowo-śródbłonkowego odgrywa niewielką rolę także przy otrzymywaniu innych przeciwciał, postanowiliśmy to sprawdzić, powtarzając z jednej strony doświadczenia Standenatha w oryginale, z drugiej zaś strony poprzedzając metodę, opisaną w grupie VII naszych badań, zaczopowaniem układu śródbłonkowo-siateczkowego. Jako materjału kontrolnego użyliśmy królików uodpornionych wprawdzie w innym czasie ale w ten sam sposób, w jaki zostały uodpornione króliki z uprzedniem zaczopowaniem. Aby mieć możliwość dokładnego porównania wyników, użyliśmy do uodpornienia z zaczopowaniem tuszowem tej samej ilości zwierząt, jaka była uodporniona w tensam sposób, ale bez zaczopowania.

Przy powtarzaniu doświadczeń Standenatha wykonaliśmy u 5-ciu królików po dwa wstrzyknięcia tuszu (kolloidale Tusche nach Pfeiffer). W dwa dni po drugiem wstrzyknięciu tuszu wykonaliśmy cztery wstrzyknięcia surowicy ludzkiej unieczynnionej, podając codziennie po 2 cm³ do żyły usznej. W 10 dni po ostatniem wstrzyknięciu wykonaliśmy próbne upusty krwi i mianowania surowic. Dwa króliki dały surowicę o mianie 1 : 10.000, jeden o mianie 1 : 1.000, zaś dwa padły już po wstrzyknięciach tuszu (z tych jeden po pierwszem, drugi po powtórnem w sposób gwałtowny, prawie bezpośrednio po wykonaniu wstrzyknięcia).

W następnych naszych doświadczeniach, przeprowadzonych na 18 królikach, wykonaliśmy naprzód zaczopowanie układu siateczkowo-śródbłonkowego, a później uodpornianie według metody opisanej szczegółowo w VII grupie naszych badań.

W serji pierwszej tych doświadczeń wykonaliśmy na początek dwa wstrzyknięcia śródżylne tuszu, rozcieńczonego w wodzie przekroplonej w stosunku 1 : 15, względnie 1 : 20, przesączonego i ogrzanego do ciepłoty ciała. Między jednem a drugiem wstrzyknięciem zrobiono 3-dniową przerwę. Począwszy od następnego dnia po ostatniem wstrzyknięciu tuszu wykonano 10 wstrzyknięć surowicy końskiej, podając śródżylnie co drugi dzień po 0.1 cm³

TABLICA IV

L. p. królika	Waga królika	Płeć	I injekcje tuszu	Odstęp czasu między tuszem a surowicą	I injekcje surowicy	Odstęp czasu od ost. injekcji do upustu	I Mianowanie	Przerwa dni	II injekcje tuszu	Odstęp czasu między tuszem a surowicą	II injekcje surowicy	Odstęp czasu od ost. injekcji do upustu	II Mianowanie	Badanie swoistości	Rodzaj precypityny
214	2100	♂	15 cm³ 10%	—	Przez cztery dni po sobie następujące injekcja śródżylna po cm³ surowicy ludzkiej			p a d ł							
215	2050	♂	15 „ 10% 10 „ 5%	2 dni		10 dni	1:10.000							swoista	ludzka
216	2050	♂	15 „ 10% 10 „ 5%	—				p a d ł							
217	2050	♂	10 „ 5% 10 „ 5%	2 „		10 dni	1:10.000							swoista	ludzka
218	2250	♂	10 „ 5% 10 „ 10%	1 „		10 „	1:10.000							„	„
219	2170	♂	10 cm³ 5% 10 „ 7%	1 „	10 injekcyj śródżylnych surowicy końskiej co drugi dzień w ilości 0·1 cm³ surowicy + 0·9 cm³ 0·85% NaCl	10 „	1:1 000	17			Przez trzy dni po sobie następujące wykonano 3 injekcje, każdego dnia jedną w ilości 1 cm³ surowicy na 1 kg zwierzęcia	7 „	1:10.000	„	końska
220	2500	♂	„ „	1 „		10 „	1:100	17				7 „	1:40.000	B. L S. 1:1.000	„
221	2550	♂	„ „	1 „		10 „	1:20.000	17				7 „	1:40.000	B. L. S. 1:1.000	„
222	2200	♂	„ „	1 „		10 „	1:1.000	17				7 „	1:10.000	B. L. 1:1.000 S. 1:1.000	„
223	2450	♂	„ „	1 „			Po szóstej injekcji królik padł								
224	2750	♂	„ „	1 „		10 „	1:10.000	17				7 „	1:20.000	B. L. 1:1.000 S. 1:1.000	„
225	2070	♂	„ „	1 „		10 „	1:10.000	13	10 cm³ 7·5% 10 cm³ 7·5%	2 dni		7 „	1:40.000	B. L. 1;1.000 S. 1:1.000	„
226	2600	♂	„ „	1 „		10 „	1:1 000	13	» „	2 „		7 „	1:40.000	swoista	„
227	2170	♂	„ „	1 „		10 „	1:10.000	13	„ „	Po ost. inj. tuszu królik padł					
228	2070	♂	„ „	1 „		10 „	1:10.000	13	„ „	2 dni		7 „	1:40.000	B. L. S. 1:1.000	„
229	2350	♂	„ „	1 „		10 „	1;20 000	13	„ „	2 „		7 „	1:20.000	L. S. 1:1.000 B. 1:1.000	„
230	2100	♂	„ „	1 „		10 „	1:20.000	13	„ „	2 „		7 „	1:40 000	S. L. 1:1 000 B. 1:1.000	„
231	2700	♂				10 „	1:1.000	13	„ „	2 „		7 „	1:10.000	B. S. 1:100	„
232	2350	♂				10 „	1:10.000	13	„ „	2 „		7 „	1 20.000	swoista	„
233	2900	♂				10 „	1:1.000	13	„ „	2 „		7 „	1:10.000	swoista	„
234	2700	♂				10 „	1:10 000	13	„ „	2 „		7 „	1 40.000	B. L S. 1:1.000	„
2 35	2800	♀				10 „	1:1.000	13	„ „	2 „		7 „	1:10 000	L. S. 1:100	„
236	2100	♀				10 „	1:10.000	13	„ „	2 „		7 „	1:20.000	B. L. S. 1:1.000	„

UWAGA: Duża litera B. oznacza: bydlęcą, L. — ludzką, S. — świńską surowicę.

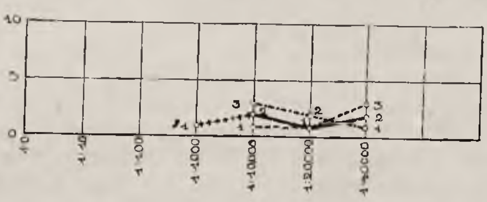
surowicy, 10-krotnie rozcieńczonej 0.85% NaCl. Po 17 dniach przerwy wykonano przez trzy po sobie następujące dni trzy wstrzyknięcia surowicy końskiej, podając każdorazowo po 1 cm³ surowicy na 1 kg wagi królika. W godzinę przed pierwszem wstrzyknięciem uodpornienia powtórnego podano 1 cm³ 10-krotnie rozcieńczonej surowicy, celem uniknięcia możliwego wstrząsu nadwrażliwościowego. Jeden z królików (nr. 223) padł wśród pierwszego uodporniania z powodu ogólnego ropienia.

W serji drugiej doświadczeń podano, jak i w serji pierwszej najpierw dwa wstrzyknięcia tuszu, potem wykonano analogicznie uodpornienie pierwsze, a w 13 dni po ostatniem wstrzyknięciu surowicy znowu dwa śródżylne wstrzyknięcia tuszu z przerwą jednodniową. Tym razem oba wtórne wstrzyknięcia tuszu wykonano jednakowemi dawkami, podając każdorazowo po 10 cm³ 7.5% rozczynu tuszu (jeden królik padł natychmiast po drugiem wstrzyknięciu tuszu). W dwa dni później wykonano powtórne uodpornienie surowicą końską w ten sam sposób jak w serji poprzedniej.

W serji trzeciej doświadczeń wykonano najpierw uodpornienie pierwsze małemi dawkami, a w trzynaście dni później wstrzyknięto śródżylnie dwukrotnie z przerwą jednodniową po dziesięć cm³ 7.5% tuszu. W dwa dni potem przeprowadzono uodpornienie powtórne w sposób podobny, jak w obu poprzednich serjach.

A zatem podano tusz w serji pierwszej tylko przed pierwszem uodpornieniem, w serji drugiej przed pierwszem i przed drugiem uodpornieniem, zaś w serji trzeciej tylko przed drugiem uodpornieniem.

Miano surowic badano po pierwszem i po drugiem uodpornieniu. Wyniki są przedstawione na tablicy IV oraz na krzywej Nr. 5.



Krzywa Nr. 5.

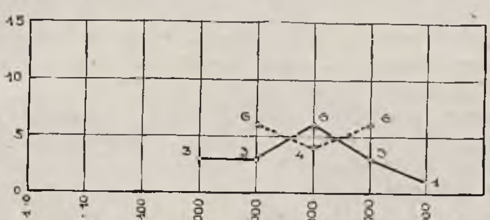
Linja krzyżykowa oznacza doświadczenia na królikach Nr. 214—218.

Linja ciągła oznacza doświadczenia na królikach Nr 219—224.

Linja kreskowa oznacza doświadczenia na królikach Nr. 225—230.

Linja kropka-kreska oznacza doświadczenia na królikach Nr. 231—236.

Wyniki są dość podobne do tych, jakie są zestawione na tablicy III, gdzie uodparniano w ten sam sposób, lecz bez zaczopowania tuszem układu siateczkowo-śródbłonkowego.



Krzywa Nr. 6.

Linja ciągła oznacza surowice, otrzymane według metody, opisanej w VII grupie badań Nr. królików 177—213 (z wyjątkiem królików padłych).

Linja kropkowana oznacza surowice, otrzymane według metody, opisanej w VIII grupie badań Nr. królików 219 — 236 (z wyjątkiem królików padłych).

Do porównania z wynikami otrzymanemi na tablicy IV zestawiono taką samą liczbę królików uodpornianych, a mianowicie króliki Nr. 177, 178, 180, 199, 200, 201, 202, 204, 205, 206, 207, 208, 210, 211, 212 i 213 (porówn. tablica III, oraz krzywa Nr. 5).

W serji pierwszej, gdzie tusz podano tylko przed pierwszem uodpornieniem, miano przeciętne surowic jest stosunkowo najniższe, bo wynosi 1 : 14.000. W serji drugiej, gdzie tusz podawano dwukrotnie zarówno przed pierwszem jak i przed drugiem uodpornieniem wyniki są najlepsze, bo miano przeciętne surowic wynosi 1 : 30.000. Nakoniec w serji trzeciej, gdzie podano tusz tylko przed drugiem uodpornieniem wynosi miano przeciętne surowic 1 : 18.333.

Przeciętne miano wszystkich surowic, uzyskanych we wszystkich tych trzech serjach wynosi 1 : 23.750.

Podobnie przedstawia się też przeciętne miano surowic u królików kontrolnych, które wynosi 1 : 22.062.

Najsilniejsze odbiegnięcie od kontroli widzimy w serji drugiej (króliki Nr. 225—230), gdzie różnica między mianem przeciętnem surowic kontrolnych, a surowic tejże serji wynosi 1 : 7.938 na korzyść królików, z zaczopowaniem dwukrotnem układu siateczkowo-śródbłonkowego tj. przed pierwszem i przed drugiem uodpornianiem.

Co do swoistości surowic, to wyniki są analogiczne jak królików kontrolnych i nie daje się zauważyć różnic wybitniejszych, jak o tem można się przekonać przez porównanie odpowiednich tablic.

Z doświadczeń tych można zatem wysnuć ten wniosek, że istotnie wstrzykiwania tuszu wpływają dodatnio na wytwarzanie precypityn, aczkolwiek może nie w tym stopniu, jako to wypadło z doświadczeń S t a n d e n a t h a, który użył do swych doświadczeń zbyt małej liczby zwierząt.

Dok. nast.

Doc. Dr. HUEBSCHMANN i asyst. Dr. J. UNGAR. Praga.

Przesączalna postać prątka gruźliczego w gruźlicy skóry.

Z Kliniki chorób skórnych prof. Sambergera i bakterjologicznego instytutu prof. Honla w Pradze.

Gruźlica skóry, jak wiadomo, odznacza się zwykle tak rzadką obecnością prątków Kocha, że często nawet przy najstaranniejszem badaniu niemożliwem jest je znaleźć. I tak z biegiem czasu powstały dwie grupy, a mianowicie:

1. *Grupa pewnej, ustalonej gruźlicy skóry (prątkowej).*

a) lupus vulgaris, b) lupus follicularis disseminatus, tub. veruc. cutis, verruca necrogenes, tbc. vera cutis, scrophuloderma, erythema indur. Bazin, lichen scrophulosorum, tuberkulidy guzko-martwicowe (papulo necrot.) i tbc. cutis miliaris.

2. *Grupa gruźlicy prawdopodobnej* t. zw. toksytuberkulidy, z których najważniejszym jest lupus erythematodes.

Następujące dwa czynniki rozstrzygają o przynależności do grupy gruźlicy skóry:

1. *Obecność prątka gruźlicy na skrawkach.* Najpewniejszą w tym kierunku jest stara metoda Ziehla. Jednak i przy lupus vulgaris (toczeń pospolity) klinicznie ustalonym pod względem przynależności do gruźlicy, trudnem jest bardzo często wykazanie prątka. Nasunęło się więc pytanie, czy metoda Ziehla w rzeczywistości potrafi odkryć prątki Kocha i w zmienionych postaciach. Z tego powodu powstała metoda Grama, modyfikowana przez Mucha, przy pomocy której można we wielu przypadkach tuberkulid, wykazać „różne ziarna" i „barwiące się ułamki prątków". Po dziś dzień jest jeszcze kwestją nerozstrzygniętą czy i tą metodą osiągamy dowód gruźliczego pochodzenia choroby skóry. Również i metoda a n t i f o r m i n o w a nie daje pewnych wyników. Jeśli nadmienimy ponadto jeszcze obecność kwasoodpornych saprofytów, pasorzytujących na powierzchni skóry, nie wyczerpaliśmy tem ani w przybliżeniu wszystkich wątpliwości tego działu.

2. *Dodatni wynik zaszczepienia tkanki chorej zwierzęciu doświadczalnemu.* Tutaj zwracamy uwagę na niektóre braki. Zazwyczaj szczepienia takie dokonuje się na świnkach, czułych na działanie prątka gruźlicy typu ludzkiego. Niektórzy dermatolodzy polegają na tem doświadczeniu. Można na niem polegać, o ile próba wypadnie dodatnio, — nigdy zaś nie można na podstawie ujemnego wyniku wyłączyć gruźlicy w materjale doświadczalnym. Przypomnijmy ponadto doświadczenie P o u t r i e r a, który wyciął toczeń pospolity, część wyciętą przedzielił i każdą cząstkę odrębnie zaszczepił innej śwince. U jednego zwierzęcia wystąpiły zmiany gruźlicze, u drugiego zaś nie. Z tego jest widocznem, jak przypadkowem może być rozmieszczenie prątka gruźlicy w tkance chorej.

Wiemy dalej dziś, że szereg gruźliczych chorób skórnych i tuberkulidy są pochodzenia zwierzęcego. Byłoby zatem wskazanem zaszczepić materjał skórny nietylko śwince ale również królikowi *) do przedniej komory oka, co dotychczas miało miejsce w bardzo nieznacznej mierze.

*) Królik jest bardzo czuły na typ prątka gruźliczego zwierzęcego pochodzenia.

Występowanie więc prątka gruźlicy w skrawkach i wynik doświadczeń na zwierzętach, głównie zaś hodowla, są najbardziej przekonywającymi momentami. Momenta te uzupełniamy jeszcze następującymi czynnikami pomocniczymi, o wartości mniejszej: 3) budowa drobnowidowa o ustalonym charakterze, 4) dodatni odczyn tuberkulinowy, a w końcu 5) współistniejące objawy gruźlicze, które wystąpiły bądź wcześniej, bądź równocześnie ze schorzeniem skórnem u badanego osobnika, względnie w rodzinie, otoczeniu i t. d.

Ostatni zwłaszcza punkt posiada wartość tylko względną.

Nawet najczęstsza, bezsprzeczna gruźlica skóry, jaką jest toczeń pospolity nie odpowiada czasem najważniejszym warunkom, wymaganym od ustalonych postaci gruźlicy skóry, tem mniej dalsze, rzadsze postacie, jak to jeszcze szczegółowiej omówimy.

Każdemu skórnikowi musiała się zapewno żywo nasunąć kwestja o istnieniu przesączalnej postaci prątka gruźlicy, która umożliwiałaby w sposób jasny wytłumaczyć ów szereg dotychczasowych, ujemnych wyników gruźlicy skóry. Nie będę tu rozstrząsał, czy postać przesączalna prątka gruźlicy istnieje, czy też nie. Rozwój i dzisiejszy stan tego problemu dostatecznie jest poparty pracami autorów tej miary, jak Nocard i Roux, Mecznikow, Babes, Arloing, Spengler, Kirchenstein, Reenstdiern, Behring, Gongerst, Courmant, Fontes, Vandriemer, Durand, Handurog, Vonucci, Dufourt, Beckel, Lydja, Rabinowitsch i inni.

Na tem miejscu należy również wspomnieć o odczytach i pracach ogłoszonych na VI. Zjeździe czechosłowackich lekarzy, przyrodników, inżynierów, a to prof. Honla i prof. Kimly.

Nas, przy niektórych rzadkich, atypowych albo wątpliwych postaciach gruźlicy skóry, zajmowała głównie myśl, czy przesączami otrzymanemi z wyciętych części tkanki skóry, dają się wywołać u zwierząt doświadczalnie zmiany, opisywane w literaturze, jako typowe dla istnienia przesączalnej postaci prątka gruźlicy.

Zanim przystąpimy do omówienia naszych doświadczeń, zbierzemy wyniki dotychczasowej pracy na polu chorób gruźliczych skóry. Jakkolwiek starannie przeglądaliśmy odnośną literaturę, znaleźliśmy tylko dwukrotną wzmiankę. Jedną jest praca Balbiego z r. 1927, który szukając za przesączalną postacią prątka gruźlicy w procesach gruźliczych skórnych znalazł na 11 przypadków tocznia pospolitego jeden przypadek dodatni. Nie wyklucza on przytem jednak przypadkowej gruźlicy doświadczalnej świnki. Dat szczegółowych brak.

Drugą jest praca Mangonattiego z r. 1928 o wynikach osiągniętych w 3 przypadkach tocznia pospolitego i w jednym przypadku tocznia rumieniowatego. Ze świnek zaszczepionych, niektóre zginęły w ciągu pierwszych trzech dni po zaszczepieniu, bez swoistych zmian przy sekcji. Inne zginęły między 46—79—92 dniem. Te świnki (chociaż przedtem wszystkie były ujemne) wykazywały trwały, dodatni odczyn oftalmiczny.

Przy sekcji napotykamy głównie na dwa obrazy:

1) rzadko (w 3 przypadkach na ogólną liczbę 48 świnek morskich) znajdujemy zwiększone gruczoły chłonne krezkowe na przekroju różowe lub różowo-białawo-szare. Drobnowidowo: komórki o zagęszczonych jądrach i liczne ciała włóknisto-nabłonkowe. Prątków gruźlicy nie znaleziono jednak,

2) częściej wykazano guzki białawo-szare, od wielkości prosa począwszy do wielkości główki szpilki, rozsiane w śledzionie, wątrobie, płucach, nerkach i nadnerczach. Gruczoły krezkowe, były zawsze powiększone, często niektóre piersiowe, we środku zserowaciałe.

Drobnowidowo wykazano nadmiar komórek nabłonkowych, brak wszelkiej martwicy albo zserowacenia, natomiast zmiany wsteczne w komórkach (zagęszczenie jąder, zwyrodnienie) a we wnetrzu guzków bezpostaciową miazgę komórkową. Rzadko znajdywano olbrzymie komórki typu Langhansa, zaś w nich i około nich przy bardzo starannem badaniu niekiedy skąpą ilość prątków odpornych na alkohol i kwasy, pod względem morfologicznym, zachowujących się, jak typowe prątki gruźlicy. Wycinek gruczołu chłonnego aseptycznie zaszczepiony śwince, wywołał wrzód o dnie słoninowatem i nierównych brzegach, który po 2-miesięcznem trwaniu nie okazywał tendencji do samoistnego wygojenia.

Podobne wyniki dał toczeń rumieniowaty.

W dalszym ciągu wspomina Balbi dodatkowo jeszcze o swoich podobnych doświadczeniach przeprowadzonych w przypadkach tocznia rumieniowatego i sarkoidu Dariera.

Do naszych doświadczeń użyliśmy następujące przypadki:

1) *Lupus follicularis disseminatus* na twarzy u mężczyzny. U chorego rozpoznano lpt. billateralis obsoleta, Mantoux wykazał alergję średniego stopnia. BW. ujemny. Stan somatyczny bardzo dobry. Chory pozostaje w naszej obserwacji prawie 3 lata. Rozpoznanie kliniczne i drobnowidowe bezsporne. Prątka gruźlicy nie wykazano ani na licznych skrawkach, ani w płynie uzyskanym z wykwitu skórnego, ani na pożywce, ani też zapomocą doświadczeń wykonanych na zwierzętach.

Ujemne te wyniki nie wywołają zdziwienia, jeśli uświadomimy sobie, jak mało w literaturze opisanych jest przypadków tego rodzaju, gdzie zdołanoby jakimkolwiek sposobem wykazać obecność prątka gruźliczego.

2) *Lupus follicularis disseminatus* twarzy, górnych i dolnych kończyn. Chora pozostaje pod naszą obserwacją od 2 lat. Stan somatyczny dobry, w płucach przestarzałe, wygojone gruźlicze zmiany. Odczyn Mantouxa ujemny. BW. ujemny. Badania kliniczne i drobnowidowe potwierdziły rozpoznanie.

3) *Granuloma anulare* (ziarniniak). Prof. Šamberger w swem dziele zalicza tę postać do gruźlicy skóry prawdopodobnej. Drobnowidowo znajdujemy i w najbardziej typowych przypadkach tylko nacieki, utworzone przeważnie z komórek nabłonkowych, nigdy zaś z komórek olbrzymich.

Do niedawna nie opisano ani jednego przypadku, w którym stwierdzonych obecność prątka gruźlicy, względnie w postaci ziaren. Dopiero w r. 1927 ogłosił Dittrich pracę, w której twierdzi, że udało mu się metodą Klingmüllera wykazać w 2 przypadkach granuloma anulare prątki, w postaci laseczek i ziarenek. W tem miejscu należy również wspomnieć o pracy Sezary-Vandremera, którzy wyleczyli ziarniniak 14 wstrzykiwaniami odpowiedniej szczepionki przeciwgruźliczej. Należy zaznaczyć, że ziarniniak goi się czasem samoistnie, jeśli wytniemy małą jego część. Badanie kliniczne i drobnowidowe potwierdziły w zupełności rozpoznanie naszego przypadku.

Przystępujemy obecnie do właściwych doświadczeń.

Do badań użyliśmy młode, zdrowe, dobrze odżywione zwierzęta, które nie zetknęły się z gruźlicą, ani z materjałem gruźliczym, o ujemnym odczynie skórnym. Tkankę skórną chorych, wyciętą wedle zasad antyseptyki, sterylnie w misce roztarto, poczem zawieszono w roztworze fizjologicznym soli kuchennej i przesączano przez świeczki Chamberlanda L_3. Każdy przesącz, zaszczepiono, bądź na właściwą pożywkę dla prątka gruźlicy, (kartofla, Hohn) bądź badano na obecność innych drobnoustrojów. Dopiero przesącz, nie wykazujący obecności widzialnych drobnoustrojów wstrzyknięto świnkom dootrzewnowo. Zwierzęta które następnie zginęły, poddano sekcji, a w narządach, wykazujących pewne zmiany, szukano za prątkiem, poczem ich zawiesiny zaszczepiono dalszym zwierzętom doświadczalnym.

Jeżeli zbierzemy nasze dotychczasowe spostrzeżenia t. j. przebieg u zwierząt, jakoteż wynik sekcyjny i drobnowidowy, możemy orzec:

Zwierzęta szczepione przesączami wyciętej tkanki w naszych przypadkach ginęły, prawie, że zawsze w ciągu 3—6 tygodni pod obrazem postępującego charłactwa. Niekiedy sekcja wykazywała przekrwienie płuc, jelit i gruczołów, oraz lekkie zwiększenie tychże. Odczyn Mantouxa był zawsze ujemny. Prątka nie znaleziono. znaleziono.

W dalszych pasażach ten czynnik szkodliwy — prawdopodobnie przesącz zarazka — ulega widocznie osłabieniu, przysposabia się i zmienia swój charakter pod względem klinicznym, oraz histologiczno-anatomicznym. Ostatni pasaż wykazuje wybitnie dobrotliwy przebieg kliniczny. Zwierzęta wprawdzie początkowo tracą na wadze, ale następnie z powrotem występuje u nich widoczna poprawa, oraz przyrost na wadze, aż do ich uśmiercenia.

Przebieg ten wykazuje podobieństwo do postaci uleczalnej, opisanej przez Arloinga, do zakażenia, wywołanego osłabionym zarazkiem. Zwłaszcza u jednego zwierzęcia podobieństwo to było uderzające. Świnka (l. 62) z dnia 13 marca 1928 szczepiona przesączem tkanki z granuloma anulare, przeszła okres znacznego charłactwa, następnie się stan polepszył, i w pełni zdrowia przetrwała do końca doświadczeń, do października t. zn. do uśmiercenia, we wybornym stanie somatycznym. Przypadek ten można sobie tłumaczyć nieznaczną jadowitością szczepionego materjału, który zwłaszcza w ziarniniaku musi być według klinicznego przebiegu mało jadowitym.

Odczyn Mantouxa był u wszystkich zwierząt przez cały okres trwania doświadczeń trwale ujemny. Zmiany w gruczołach chłonnych dostrzegalne gołem okiem u zwierząt nadal żyjących były bardzo znaczne, a zwiększały się biegiem pasażu w miarę, jak ubywało na jadowitości. Zmiany te dotyczyły gruczołów pachwinowych, krezkowych, około-wnękowych, około-aortalnych, okołotchawicowych, około-oskrzelowych, zamostkowych i t. d. w różnym stopniu stwardniałych. Niekiedy i śledziona była powiększona.

Wyniki badania nad obecnością prątka gruźlicy były zawsze ujemne, z wyjątkiem zwierzęcia (l. 12) o którem będzie jeszcze mowa. W niektórych gruczołach znaleźliśmy delikatne ziarenka kwaso-odporne, w innych gramo-dodatnie. Odróżnienie ich od artefaktów jest bardzo trudne i prawie niemożliwe. Hodowla była zawsze ujemna.

Nasze wyniki dotychczasowe wykazują duże podobieństwo do wyników osiągniętych przez Lydję Rabinowitsch.

Wyjątek stanowi świnka (l. 12) szczepiona 29 maja 1928 r. ze świnki l. 48 uśmiercona dnia 13 października 1928 w dobrym stanie cielesnym. Oprócz zwiększonych gruczołów chłonnych i ognisk prosówkowych szaro-żółtawych w wątrobie, znaleziono w sieci ognisko wielkości główki szpilki, zserowaciałe, otorbione, a w niem prątki Kocha ++. Zwierzę było dobrze odżywione, tłuste, o sierści gładkiej, błyszczącej. W innych narządach nie znaleziono prątka Kocha. Z hodowli zserowaciałego materjału, dodatniej na pożywce Hohna wyrosła osada gruźlicza typu ludzkiego, która zaszczepiona w jądra świnki, powoduje jej śmierć w ciągu miesiąca. Przypadek ciekawy z tego powodu, że zwierzę nie wykazywało żadnych objawów charłactwa, przybierało prawidłowo na wadze, a zaś wykazanie prątka Kocha zaskoczyło nas, ponieważ w przypadku gruźlicy doświadczalnej świnek jest to obraz niezwykły. Zwierzę reagowało na zakażenie w sposób swoisty. Odczyn Mantouxa był ujemny, jakkolwiek zwierzę posiadało znaczny zgoła stopień odporności, o czem świadczy prawidłowy jego rozwój i sekcja. Tym samym materjałem szczepioną była jeszcze jedna świnka (l. 34). Wykazywała ona obraz podobny, lecz prątków nie znaleziono. Nadmieniamy, że prątek gruźliczy znaleźliśmy i wyhodowaliśmy z gruczołu świnki w V-tym pasażu.

Badanie drobnowidowe wykazuje ogólne zmiany, spotykane niekiedy przy przewlekłych zatruciach. Dowodem na to: zmiany w wątrobie (martwica skrzepowa*) znaczna ilość makrofagów i eozynofilów w śledzionie i gruczołach. Jedynie w niektórych przypadkach stwierdzono zwiększoną ilość szklistego włóknika, dającego obraz charakteru zapalnego.

Streszczamy: w dwóch przypadkach „lupus follicularis disseminatus“ i w jednym przypadku „granuloma anulare“ znaleźliśmy zmiany, opisane w literaturze, jako typowe dla t. zw. przesączalnej postaci prątka Kocha. Jest to dowodem, wykazującym dobitnie przynależność lupus follicularis disseminatus do gruźlicy skóry. Odnośnie zaś do granuloma anulare, jeśli udadzą się nam doświadczenia te i w przyszłości, to stanowić będą one — według wspomnianego wyżej Dittricha — jedyny dotychczas rzeczywisty dowód o przynależności ziarniniaka do gruźlicy skóry.

Dr. Jan JANKOWSKI, starszy asystent kliniki. Lwów.

Obraz kliniczny dychawicy oskrzelowej i jej leczenie.

Z II. Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu J. K.
Dyr. Prof. Dr. R. Rencki.

Dokończenie.

Przejdźmy teraz do bodźców fizykalnych. Otóż tu musimy uwzględnić dokładnie fakt, czy dany bodziec nie odgrywa specjalnej roli w etjologji danego przypadku, czy dany bodziec nie jest specyficznym wywoływaczem. W takich przypadkach owe pozornie nieswoiste leczenie ma wprost fatalne skutki. Dalej musimy podnieść, że w przypadkach uczulenia na światło wszelkie próby leczenia odczulającego zupełnie zawiodły. O działaniu lampy kwarcowej u jednej z naszych chorych wspominałem wyżej. W każdym przypadku o ile po pierwszych dawkach mielibyśmy ujemne, a gwałtowne wyniki, leczenie natychmiast przerwać należy.

a) Nagrzewanie suchem, gorącem powietrzem lamp żarowych podane zostało przez Strümpla. Przeprowadzać je możemy tylko w odpowiednich urządzeniach. Ma ono specjalnie działać na objawy kataralne. U nas leczenie to było stosowane w paru przypadkach. Niektóre przypadki wykazywały pewną poprawę, inne były więcej odporne. Leczenie to jako leczenie pomocnicze ma dużą wartość.

b) Naświetlanie promieniami X działa przestrajająco lokalnie na tkanki płucne. Naświetla się 4—6 razy wprost poszczególne pola płucne. W wielu przypadkach lżejszych daje się spostrzegać rzeczywiście bardzo dodatni wpływ. W naszych 12 przypadkach w ten sposób leczonych, wyniki były niezbyt dodatnie, jednakowoż poprawa nawet znaczna prawie w każdym przypadku dała się uzyskać, tylko, że poprawa ta była przejściowa. Musimy się tu liczyć z faktem, że naświetlania takie początkowo mogą dawać nawet przejściowe pogorszenie. Pogorszenia te jednak nie są zatrważające, gdyż szybko ustępują miejsca poprawie.

c) Naświetlanie lampą kwarcową jako ogólnie krzepiące i powodujące zatrzymanie jonów wapnia w ustroju, daje czasem wyniki dodatnie. Często jednak występuje tutaj czasowa wrażliwość na promienie pozafjołkowe, chorzy reagują gwałtownie napadami dychawicy.

d) Leczenie kąpielami ciepłemi z zimnemi polewaniami działa dodatnio na wykształszanie i na objawy kataralne. Z kąpieli specjalnych zalecają niektórzy kąpiele siarczane.

Ad 4). Leczenie gimnastyką oddechową wyszło z założenia, że dychawica oskrzelowa polega na nieprawidłowości w rytmie oddychania, które przez gimnastykę można usunąć. Metoda Saengera polega na oddychaniu według liczenia gdzie wydech jest długi, a wdech krótki. Schemat:

1 2 3 4 5 6 7 8 9
wydech wydech

Znacznie lepiej do tego celu nadaje się maska Kuhna, która zmusza chorego do odpowiedniego oddychania i usuwa błędy nierównomiernego szybszego przy wydechu, powolniejszego przy wdechu liczenia. Działanie maski Kuhna polega na utrudnieniu wdechu, a ułatwieniu wydechu, a więc wprowadza warunki wprost przeciwne niż przy napadzie dusznicy oskrzelowej. Stosuje się to leczenie 2 razy dziennie po ½ godz. a nawet i więcej. Zważać trzeba, aby nie stosować po jedzeniu. Działa leczenie to przedewszystkiem na rozedmę. A to już jest wiele. W lekkich przypadkach nie allergicznych może ono wystarczyć w cięższych przypadkach ma ono dużą wartość pomocniczą. Chorzy zaraz po zdjęciu maski Kuhna uczuwają poprawę w duszności, jak to przekonaliśmy się na licznych naszych chorych. Niewątpliwie działa tutaj w dużej mierze i suggestja.

Podobne działanie do maski Kuhna mają komory respiracyjne. Wymagają one jednak specjalnych urządzeń i mogą być stosowane tylko w odpowiednich sanatorjach.

O diecie przy stanie dychawicowym mówiłem już wyżej. Leczenie dychawicy dietą wegetarjańską było znane od dawna, nie święciło jednak zbytnich triumfów. Obecnie niektórzy autorowie doszukują się związku między skazą moczanową, a dychawicą, dlatego też polecają dietę bezpurynową. Należy uwzględnić wagotoniczne działanie trawienia pokarmów białkowych. Wykluczyć należy napoje wyskokowe.

Dalej należy tu zawsze uwzględniać stan przewodu pokarmowego i według tego regulować dietę. Na koniec nie możemy zapominać, że istnieją przypadki dychawicy alimentarnej. W takich przypadkach nieraz trudno jest dojść do tego, który z pokarmów jest szkodliwy. Próby skórne dają tu nieraz wyniki wątpliwe. Najlepiej postępować w takich przypadkach, gdzie mamy podejrzenie na uczulenie pokarmowe według schematu Kaemmerera. 1—2 dni głodówka, leżenie w łóżku, chory dostaje najwyżej kawę lub herbatę, 3-ci dzień cukier i bułka, 4-ty dzień jaja, 5-ty dzień masło, 6-ty dzień mleko, 7-my dzień jarzynę, 8-my dzień mięso itd., każdego dnia dodajemy nowy składnik pożywienia i notujemy kiedy mamy napad. W ten sposób drogą czystego doświadczenia możemy wyjaśnić etjologję danego przypadku.

Wyżej już rozważaliśmy jaki wpływ na dychawicę ma klimat i słuszne jest zdanie Avellisa: „Każdy astmatyk ma swój własny klimat“. I słusznie, nigdy nie możemy z góry powiedzieć, czy klimat jakiejś miejscowości będzie dobrze działał, czy źle. W przypadkach nader ciężkich, dopiero drogą prób przez wielokrotne zmiany miejsca pobytu, można wybrać odpowiednią klimatycznie miejscowość. Naogół należy unikać miejscowości wilgotnych i wystawionych na gwałtowne wiatry. Dodatnio działają miejscowości położone ponad 1500 m. n. p. m. Nieźle również mają wpływać miejscowości podgórskie do 500 m. n. p. m.

Leczenie farmakologiczne prostemi związkami chemicznemi i alkaloidami jeszcze dotychczas mimo tak różnych naszych poglądów oddaje nam niezmierne usługi, stanowi najważniejszą broń w walce z tą chorobą. Niektóre z tych środków podajemy także systematycznie w celu leczenia istoty choroby i zapobiegania napadom. Inne nadają się tylko do użytku doraźnego w celu przerwania napadu.

Połączeń wapniowych używano oddawna, gdyż w braku tegoż w ustroju dopatrywano się przyczyny dychawicy. Należy podnieść, że ma on wpływ dodatni na równowagę wegetatywną

*) Podobne ogniska martwicowe w wątrobie pochodzenia toksycznego w przebiegu chorób zakaźnych u zwierząt opisuje Fränkel, Gärtner, Seiffert.

i posiada pewne działanie antianafilaktyczne. W praktyce jednak to dodatnie działanie, odnośnie do dychawicy, okazało się dość słabe. Wapń podajemy przez usta w postaci *calcium lacticum* w proszku lub *calcium chloratum* w rozczynie; ten ostani związek podawaliśmy także w injekcjach dożylnych, co jednak okazało się prawie równoznacznem z podażą doustną. Słabą stroną tego leczenia jest, wykazane przez Dadleza szybkie wydzielanie się wstrzykniętego wapnia z ustroju, czasem nawet z pewną nadwyżką własnego wapnia ustroju. Mamy więc tu do czynienia raczej z pewnem zaburzeniem wewnątrz ustroju w użytkowaniu wapnia. Ta niedomoga w zatrzymywaniu wapna łączyć się może z zaburzeniami w układzie wegetatywnym, gdyż jak wiemy z pracy Zondecka układ parasympatyczny wpływa na wydzielania wapnia. Bardzie celowe więc by było w leczeniu podawanie czynników, które wpływają na zatrzymanie wapnia w ustroju, jak witastaryna, witaminy hormon Collippa, przytarczycza, naświetlanie lampą kwarcową, galwanizacja skóry i cały szereg bodźców nieswoistych w pewnej fazie działania. (W jednym z przypadków tężyczki udało się nam podnieść poziom wapnia we krwi z wartości nienormalnie małych do wartości 20 mg% we krwi, a więc 2 razy większej niż przeciętnie normalna. Do wyniku tego doszliśmy podając wapno razem z naświetleniami lampą kwarcową).

Energicznie zatrzymywać ma jony wapniowe w ustroju wyciąg ze śledziony. W 3 przypadkach stosowaliśmy wespół z leczeniem wapniem zastrzyki wyciągu ze śledziony. W jednym przypadku wynik wybitnie dodatni, w 2 pewne polepszenie. Materjał jeszcze zbyt szczupły, ażeby ten sposób leczenia propagować, jako specjalną metodą. Muszę tu nawiasowo dodać, że w każdym przypadku obserwowaliśmy dość szybki i dość znaczny (2 kilo na 10 dni) przybytek na wadze.

Jod. Dodatnie działanie jodu nie polega tylko na wpływie tegoż środka na nieżyt oskrzeli i ewentualne rozszerzenie oskrzeli (Pal, Pick) lecz sięga głębiej do przemiany materji, wpływa na układ wegetatywny (podnosi S.) i na tarczycę. Odnośnie do wartości tego leczenia musimy podnieść, że w wielu przypadkach nie działa zupełnie, w innych wprowadza tylko poprawę. W niektórych jednak przypadkach działa nadzwyczaj efektownie. Obserwowałem chorą, która znajdowała się w ciężkim stanie dychawicowym, a która po podaniu 0.2 jodku sodowego natychmiast traciła duszność, w dalszem leczeniu poprawa ta się utrzymywała. Tu muszę podnieść, że wśród przypadków u nas leczonych 3 przypadki reagujące dodatnio na jod wykazywały skłonności do tycia, a przeciwnie przypadki wykazujące skłonność do wychudzenia reagowały dość szybko jodzicą. Czy ta otyłość ma wskazywać nam leczenie jodem trudno określić wobec małej ilości przypadków.

Wobec znanego dodatniego działania jodu na zaburzenia w funkcji tarczycy, należałoby podawać jod przedewszystkiem tam gdzie obok dychawicy doszukujemy się zaburzeń tarczycowych.

Atropina. Leczenie przewłoczne atropiną wypracowali Trousseau i v. Norden. Zaczyna się od 0.3 mg 2—3 razy dziennie powoli podnosząc dawkę, dopóki niema objawów toksycznych, jak suchość itp.

Zazwyczaj podajemy w formie pigułek po 0.3 mg, 5—8 razy dnia przez 4—6 tygodni albo w formie zastrzyków codziennych po 0.5 do 2 mg. Tutaj muszę podnieść, bardzo interesujące zjawisko przez nas obserwowane parodoksalnego odczynu, a mianowicie objawy ogólne o charakterze wagotonicznym podobne do zapadu lub pogorszenie się stanu. Zjawisko to spostrzegano głównie w przypadkach zmian skórnych jak obrzęki naczynio-ruchowe i pokrzywka. W każdym razie z możliwością przykrych objawów liczyć się musimy i tutaj. Leczenie przewłoczne atropiną daje w wielu przypadkach dużą poprawę i dlatego zasługuje na specjalną uwagę.

Oprócz tych zasadniczych leków polecano cały szereg najrozmaitszych specyfików zachwalanych w handlu, które jednak były przeważnie kombinacjami tych zasadniczych leków. Wiele z nich działało bardzo niedokładnie. Chciałbym tu jednak zwrócić uwagę na kombinację, którą podaje Petrow, a mianowicie kombinacja małych dawek atropiny, papaweryny, kokainy i kamfory. Autor w swej pracy rozwodzi się szeroko nad mechanizmem działania tej mieszanki. Tu musimy podnieść, że połączenie to jest specjalnie szczęśliwe, jeżeli się zważy działanie farmakodynamiczne każdego leku z osobna.

Działanie tych dodatków podnosi działanie małych dawek atropiny. Autorowie puścili specjalny skład z tych leków złożonych jako środek patentowany do handlu. Muszę tu podnieść, że wysuwają się tu pewne trudności techniczne w utrzymaniu równocześnie tych leków, a przedewszystkiem zwykłego chlorku papaweryny ze zwykle używanym salicylanem czy będźwinianem kofeiny. Po szeregu prób przeprowadzonych u nas doszliśmy do naszej mieszanki o składzie następującym:

Rp.

	Atropini sulf.	0.003
	Papaverini mur.	0.2
	Coffeini citrici	0.5
	Aquae destil.	10.0
	M. D. Steril pro inj. subcutan.	
Rp.	Atropini sulf.	0.003
	Papaverini mur.	0.2
	Coffeini citrici	0.5
	Calcii chlor.	2.5
	Aquae destil.	150.0
	M. D. S. 3-y łyżki dziennie.	

Injekcje tej mieszanki podskórne stosowaliśmy w ten sposób, że 1 cm odpowiedniej mieszanki wstrzykiwaliśmy równocześnie z dwoma cm Ol. Camph. Do mieszanki przeznaczonej do użytku doustnego można w przypadkach, kiedy możemy się spodziewać dodatniego działania jodu dodać małą ilość jodku sodowego. Na podstawie materjału naszej kliniki. możemy stwierdzić, że mieszanka o składzie wyżej podanym działa w użyciu przewłocznem nieraz nadzwyczaj dobrze. Z braku miejsca nie będę podawał odpowiedniej historji chorób. Podnieść muszę, że injekcje raz albo nawet 2 razy dziennie podawane, działają energiczniej od doustnego sposobu podawania. Objawów ubocznych nie obserwowaliśmy nigdy. Czasem jedynie chorzy ci skarżyli się na pewną suchość w ustach, jednak nieznaczną. Stosowanie tej mieszanki o tyle jest celowe, że podawanie atropiny musi trwać przez czas bardzo długi, przez szereg miesięcy aby poprawę uzyskać i ją utrzymać. Tutaj już takie minimalne dawki atropiny działają dodatnio, nie mówiąc o synergetycznem działaniu innych składników. Przy leczeniu samą atropiną musimy dochodzić do dawek wyższych, a te dawać mogą w użyciu przewłocznem objawy chronicznego zatrucia jak suchość w gardle, i t. p., a nawet uporczywe biegunki, które zmuszają nas do przerwania leczenia.

Do injekcji próbowałem dodawać jeszcze ślad adrenaliny jednakowoż to powodowało lokalną ischemję skóry, zatrzymanie się leków tamże i skutkiem tego zmiany lokalne na skórze, wobec czego ten składnik usunąłem. Mimo tych dodatnich wyników, daleki jestem od przypuszczenia, aby to leczenie mogło w każdym przypadku być jedyne i w każdym przypadku wystarczające. Leczenie to — może dać pewne osłabienie działania czynników swoistych, lecz nie może go znieść zupełnie. I jakkolwiek leczenie to zawsze odnosi pewien skutek, to jednak nie zawsze jest on równo dodatni i długotrwały. Dlatego też raz jeszcze podnieść muszę, że leczenie zawsze do czynników poszczególnych etjologicznych stosować się musi.

Leczenie samego napadu jest znane i dlatego tu tylko krótko zestawię. Morfina działa uspakajająco na podniesione centrum oddechowe. Działa bardzo wybitnie i dodatnio. Z łatwo zrozumiałych względów należy używać jej tylko w ostateczności nigdy zbyt często.

Atropina często zawodzi, bo ona znosi tylko działanie nerwu błędnego, ale nie znosi obrzęku błony śluzowej już powstałego. Januschke poleca połączenie atropiny z uretanem. Należy podnieść, że chorzy na astmę jako wagotonicy, są specjalnie na atropinę odporni.

Adrenalina najbardziej rozpowszechniona dzięki działaniu sympatikomimetycznemu i rozszerzającemu mięśnie oskrzela działa bardzo dobrze, jednak gwałtownie i krótko. Działanie adrenaliny wzmacnia i przedłuża dodatek pituitryny, co znalazło wyraz w astmolizynie, która jest najlepszym i najbardziej efektywnym lekiem i nigdy prawie nie zawodzi w ostrym napadzie. Jednakowoż działanie tych leków jest zbyt gwałtowne zawsze wywołuje podniecenie, a u ludzi wrażliwych nawet drgawki z następowem osłabieniem, bólem głowy i t. p. innemi objawami dodatkowymi bardzo nieprzyjemnemi.

Efedryna i efetonina działają również bardzo dobrze, jednakowoż są to leki od astmolizyny znacznie słabiej działające, a co gorsza po pewnym czasie ustrój się przyzwyczaja i nie reaguje na nie znacznie wcześniej niż na astmolizynę. Działanie to jest jednak znacznie łagodniejsze i przyjemniejsze. Do leczenia przewłocznego dychawicy jakto przekonaliśmy się absolutnie nie nadają się, jak to chce wmówić produkująca je firma.

Należy tu jeszcze zwrócić uwagę, aby chory sam sobie stosując adrenalinę nie nadużywał jej, gdyż były opisywane przy-

padki daleko idącego wyniszczenia, które powstało na tle chronicznego codziennego stosowania tego leku (Coke).

Oprócz tych środków polecano nieraz amylnitryt, aspirynę, chloralhydrat, uretan, papaweryne, teobromine, kokainę, wreszcie afenil. Leki te w pewnych bardzo lekkich przypadkach mogą odnosić pewien skutek. Na ogół jednak są zupełnie niepewne. Na wyróżnienie zasługuje jedynie papaweryna. Należy tu zwrócić uwagę, że leki wymienione dają czasem idjosynkrazją. Mogłem obserwować przypadek dychawicy, gdzie po zażyciu aspiryny występowały napady. Zwrócić tu trzeba uwagę także na pewne bodźce odruchowe, które czasem w poszczególnych przypadkach są zdolne powstrzymać napad. I tak obserwowałem chorą, która sama wpadła na to, że np. włożenie rąk lub nóg do gorącej wody uchyla u niej napad dychawicy. Nakoniec istnieje cały szereg różnych inhalacyj i papierosów przeciwastmatycznych. Wreszcie szereg aparacików służących do rozpylań pewnych płynów sprzedawanych jako specyfiki, a w których substancją działającą jest prawie zawsze adrenalina. .Mamy tu więc aparaty Tickera, Parke Davis, Säubli i t. p. Następnie mamy aparaty duże, które jak przy rozedmie ułatwiają mechanicznie ruchy oddechowe. Wszelkich inhalacyj i papierosów w zasadzie należałoby unikać, gdyż w skład wielu tych patentowanych środków wchodzą leki takie jak morfina względnie strammonium. Widzieliśmy jeden przypadek psychozy na tle chronicznego używania tych papierosów. A jednak mimo wszystko choremu musimy dać jakiś środek, którym będzie mógł sobie natychmiast napad przerwać bez względu na to, gdzie się w danej chwili chory znajduje. Już sam fakt posiadania takiego leku działa psychoterapeutycznie dodatnio, a to jest moment bardzo ważny i dlatego też do takich papierosów nieraz uciekać się musimy.

Ze wszystkich specyfików tu podawanych na specjalne wyróżnienie zasługuje proszek abisyński, fabrykat d'Exibard w Paryżu, w formie tabaczki, którą się zapala, a obfite dymy wdechuje, albo w formie papierosów. Działanie naprawdę dodatnie. Według urzędowego zapewnienia w tabaczce tej niema opjum. Z naszych specyfików w kraju wyrabianych na uwagę zasługuje Asthmin „Motor". W każdym razie zwrócić musimy uwagę, aby chory tych inhalacyj nie nadużywał.

Przedstawiony wyżej stosunek przemiany materji do dychawicy wskazuje, że jednak pomiędzy nią, a istotą dychawicy istnieje pewien związek. Zresztą powinniśmy pamiętać, że u chorych wyniszczonych, układ wegetatywny jest chwiejniejszy i dlatego podnoszenie ogólnego stanu chorego jest bezwzględnie konieczne, także ze względu na samą dychawicę podnosząc stan chorego ogólny, wyrównując pewne zaburzenia w przemianie materji możemy wpływać drogą pośrednią na mechanizm patogenetyczny dychawicy, dlatego też u chorych o podupadłem odżywieniu staramy się je podnieść przez leczenie dietetycznie, leczenie klimatyczne względnie stosujemy tu arsen lub inne leki ogólnie tonizujące względnie naświetlania lampą kwarcową. Musimy tu jeszcze pamiętać, że niekiedy u chorych takich spotykamy gruźlicę i ze względu na to, takie leczenie jest bezwzględnie wskazane.

Widzieliśmy wyżej jak ważne są tu czynniki psychiczne. Dlatego też obowiązkiem jest naszym uwzględnić te czynniki w leczeniu. Niemam tu na myśli jakiejś psychoterapji ścisłej według jakiegoś systemu, która w tej formie tutaj by się mniej nadawała, bo wiemy, że o ile czynniki psychiczne występują nieomal w każdym przypadku, o tyle bardzo rzadko są one wyłącznym czynnikiem chorobotwórczym. Dlatego ścisła psychoterapja kryłaby w sobie niebezpieczeństwo zapoznania innych czynników bardziej istotnych. Ścisła psychoterapja musi się ograniczyć tylko do niewielkiej liczby przypadków czysto psychogennych. Zresztą wiemy, że i w tych nawet przypadkach wystarczy zwykle leczenie suggestywne i usuwanie tych szkodliwych bodźców psychicznych. O rodzajach tych psychicznych bodźców mówiliśmy wyżej.

Bardzo często spotykany jest ujemny wpływ silnych afektów strachu czy gniewu, nastrojów stanów depresji, zwątpienia, stanów roztroju nerwowego. Na to musi lekarz zwrócić baczną uwagę i usuwać te bodźce szkodliwe w równej mierze, jak usuwać powinien bodźce swoiste czy fizykalne. Fatalny nieraz wpływ wywierać może na chorego jego własne otoczenie, jego rodzina przez swój przygnębiony nastrój i ciągłą obawę, a dalej ciągłe troski życia codziennego również u tak przewrażliwionego chorego wywierają wpływ ujemny, nie mówiąc już o ciężkich zmartwieniach. Dlatego też nieraz wyrwanie tego chorego z otoczenia, przeniesienie choćby do szpitala wywiera wpływ zbawienny.

Z drugiej strony wiemy, że zwłaszcza wobec ułatwień opieki społecznej u chorych tych rozwija się dychawica jako nerwica zamiarowa z obawy powrotu do trudów życia, do walki o byt. Lekarz tu musi wniknąć głęboko w psychologję chorego, aby jakoś rozwiązać ten trudny problem.

Dalej sam lekarz musi specjalnie tutaj pozyskać bezwzględne zaufanie chorego, które z jednej strony warunkuje bezwzględne stosowanie się do jego wskazań i daje możność dodatniego sugestywnego działania na chorego.

Otóż doszukiwanie się przyczyn swoistych schorzenia w każdym wypadku jest bezwzględnie, konieczne, jednakowoż trwać ono musi dość długo. A chory tymczasem żąda natychmiastowej pomocy, której lekarz mu udzielić musi. Dlatego też musimy zaczynać od leczenia objawowego, farmakologicznego i to na samym początku od środków silnych lecz pewnych, jak astmolizyna, efetonina, a nawet morfina, aby dać ulgę choremu w napadach i wzbudzić w nim zaufanie do leczenia.

Równocześnie zaczynamy leczenie farmakologiczne przewlekłe np. atropiną lub podaną wyżej mieszanką, której skutków przynajmniej przejściowych możemy być pewni. Obok tego rozpoczynamy nasze badania i próby dodatkowe. Dalsze leczenie zależy od wyniku naszych badań. Ogólnie rzecz biorąc pewna wielowartościowość i wielorakość sposobów leczenia oddaje tu dobre usługi, wykazuje choremu niezmierną ilość możliwości dodatniego leczenia. Nadto nie należy pogardzać leczeniem dodatkowem, według tego cośmy wyżej powiedzieli, które oddaje nam dobre usługi i znacznie wzmacnia leczenie zasadnicze.

Leczenie chirurgiczne polega na przecinaniu nerwu błędnego (M a x K a p i s) albo przecięciu nerwów sympatycznych (K u m m e l) jako drogi dośrodkowej patologicznego odruchu. Co do wartości tych sposobów leczenia musimy się zastrzec że osobistych doświadczeń nie mamy. Musimy się oprzeć na wynikach innych autorów. Otóż tu odrazu rzuca się w oczy fakt, że dadatnie wyniki podają prawie wyłącznie twórcy lub współtwórcy tych metod podczas gdy inni ogłaszają wcale nie zachęcające wyniki. Np. P e l s - L e u s d e n odnosi się do chirurgji układu wegetatywnego z dużą rezerwą. Nie wchodząc w drobiazgowe teoretyczne rozważanie K u m m l a muszę podnieść pewne wątpliwości. Przedewszystkiem nie wiemy dokładnie, co tu działa czy istotnie przecięcie nerwu, czy tylko czasowo reaktywne przyranne procesy drażniące obwodowy odcinek jeszcze żywego nerwu, dlatego efekt tej operacji jest nieraz przejściowy. A dalej czy zaiste przecinanie tak ważnych nerwów nie jest szkodliwe. A jeśli dalej uwzględnimy ważne działanie czynników zupełnie obwodowych, splotów obwodowych i komórek wegetatywnych obwodowych, to do operacji tej z jeszcze większą musimy się odnieść rezerwą. Tak czy owak obecnie jeszcze ostatniego zdania w tej sprawie powiedzieć nie można, potrzebna jest jeszcze wieloletnia obserwacja operowanych chorych.

Inkrety. Wobec tego, że wpływ gruczołów dokrewnych, jakkolwiek niewątpliwy, jest bardzo zawiły i trudny do rozwikłania, leczenie inkretami nie mogło znaleść szerokiego zastosowania. Leczenie adrenaliną i pituitryną omawiałem wyżej. Z innych inkretów ja próbowałem przytarczycy, jednak bez efektu. Jedynie leczenie preparatami tarczycy znalazło tu większe zastosowanie. Z naszych chorych w jednym przypadku mogliśmy zanotować dodatni wpływ, niektórzy autorowie polecają leczenie to. Wpływ tarczycy na dychawicę oskrzelową omawialiśmy wyżej. Jest on bardzo zawiły i niestały, dlatego też i leczenie tarczycą powinniśmy stosować bardzo oględnie i tylko w razie jakichś objawów hypofunkcji tego gruczołu.

Piśmiennictwo.

B r o w n: Asthma. Mosby Comp. 1917. — D u k e: Asthma, Hay fever, Urticaria and allied manifestation of Allergy. St. Luis, Mosby Co. 1925. — S t o r m v a n L e e u w e n: Allergische Krankheiten Asthma bronchiale, Heufieber, Urticaria und andere (tłum. Verzar). (Springer). — K ä m m e r e r: Allergische Diathese und alergische Erkrankungen. 1926. Springer. — C o k e: Asthma. London 1923. — M o r a w i t z: Asthma. (Specielle Pathologie und Therapie der Inneren Krankheiten Kreus - Brugsch). — D r e s e l: Erkrankungen des veget. Nervensystems. Alto. — D a n y s z: Teorja chorób zakaźnych i niezakaźnych. — B r o w n - H u n t e r: Ann. of. Clin. Med. 4. 1925. — B l a c k - M o o r e: J. of Americ. Med. Ass. 1926. 3/I. — B e n a r d: Buel. Soc. M. Hosp. Paris. 1926. 50. — B r o w n: J. of Immun. VII. p. 97. — B a b a o c k: J. of A. M. A. 1915. XIV. — D e B e s c h e: Nork. mag. for Laegevidenskaben 80. 8. ref. J. A. M. A. 73. — B r e m s: Acta Med. Scand. 1925. D e B e s c h e: Zft. f. ärtrt. Fortbild. 1926. 23. 5. — B r a e n k e r: Arch. f. klin. Chir. 1925. 137. 3/4, 1926. 139. 1. — B a s s: Klin. Wochschrf. 1926. 5. 35. — B a s s: Zft. ges. exp. med. 1926. 49. 416. B e r g a h o f f: Strahlen Therap. 1928. 21. 4. — C o c a - G r o v e:

J. of inf. Dis. 20. 776. — Coca: J. of Immun. VII p. 163. — Cooke: J. of Immun. VII p. 147 i VII p. 219. — Carber: Americ. J. of. Physiol. 1922. 59. 227. — Castelmann: Presse Med. 1923. 31. 2. — Claude Simonin: Presse Med. 1926. 34. 64. — Dresel-Katz: Klin. Wschft. 1922. 36. — Daly-Clark: J. of Physiology. 1921. 54. 367. — Eskumon: Klin. Wschft. 1926. 5. 16. — Erkes: Zblt. f. Chir. 1926. 53. — Eimer: Fortschritte d. Therap. 1925. 1. 19. — Fründ: Bruns Beitr. z. Klin. Chir. 136. 1926. — Gutn: Vhdl. d. dent. Geselschaft. f. inn. Med. XXXV. 205. — Gesul: New-York State J. of. Med. 1926. — Gottieb: New-York State J. of. Med. r. 106. p. 313. — Gordon: Dtsch. Med. Wschft. 1926. 52. 50. — Grossfeld: Wien f. inn. Med. 1926. 13. 1. — Hanzlich: J. of A. M. A. v. 83. 1924. — Hoxie-Morris: Endocnnology. v. 4. p. 47. — Hirschfeld-Prokopowicz: Soc. Biolog. 1925. — Hoover: Arch. of Int. Med. XV. 1. — Hofbauer: Wien. med. Wschft. 1926. 75. 29. — Hofbauer: Klin. Wschft. 1926. 5. — Hajós: Zft. ges. exp. Med. 1926. 49. 4/6. — Hesse: Deutsch. med. Wschft. 1926. 52. — Hirajama: Tohoku v. V. 544. 563. — Jansen: Zft. f. d. ges. exp. med. 1925. 45. — Jankowski: P. Arch. Med. Warsz. 1926. IV. — Jankowski: P. G. L. 1928. Nr. 46—48 i P. G. L. 1929 Nr. 1—3. — Kraus-Zondek: Klin. Wschft. 1922. 36i 996. — Koessler: J. A. M. A. 1927. — Kollmer: Ann. of Atiart. 1926. 30. — Kümmel: Arch. f. Klin. Chir. 192. 499. — Kühn: Zblt. f. inn. Med. 45. 5. — Klewitz: Fortschritte d. Therap. 1925. 1. 22. Kylin: Zft. f. d. ges. exp. med. 1925. 45. — Kylin-Myrcham: D. Arch. f. Klin. Med. 1925. — Langcope, O'Brien:J. of Immun. 1925. X. p. 681. — Longcope: J. Exp. Med. XXII. 793. — Longcope-Mackenzie: Endocrinology. 1925. — Larser-Paddock-Alexander: J. of Imm. v. VII. 2. — Longcope: Proc. Soc. of Exp. Biol. and Med. 1918. 20. 16:17. 133. — Loewenstein: Med. Klin. 1926. 22. — Landenheimer: Therap. d. Gegenwart. 1926. 67. 8. — Moritz: J. of biol. Chem. 1925. v. LXVI. — Major: Johns. Hopkins Hosp. Bull. XXXIV. p. 104. — Morgan: Ohio-State Med. 7. 1923. — Nakasawa: Tohoku v. V. 544. 563. — Pattenger: Americ. J. of Med. Sc. 1924. 167. Rackemann: Arch. of Inf. Med. 1922. v. 30. 226. — Rackemann-Graham: J. of Immun. 8. p. 312. — Rosenberg: Zft. f. d. ges. exp. Med. Bd. 45. 1. — Rackemann: Inf. Clinics 1922. 56. — Rove: Americ. J. Dis. of. Child. 1924. — Rohde: Arch. f. klin. chir. 1926. 139. — Staland: J. Immun. 1923. 8. 103. Spivack-Grove: J. of inf. Dis. 20. 776. — Sochański: P. G. L. 1924. 1925. 1926. 1928. — Samson: Beitr. z. Klin. u. Tuberk. 1926. 65. 2/3. — Schiff: Ann. of Clin. Med. y926. 5. 4. — Storm v. Leenwen: Klin. Wschft. 1926. 5. 16. — Storm v. Leenwen: Schweiz. Med. Wschft. 1926. 56. — Scott: Brit. M. J. 1926. 3413. — Toniettti: Zft. ges. exp. Med. 45. 4. — Thomas: N. Y. State J. of Med. 1926. — Tonietti: Zft. f. a. ges. exp. med. 1925. — Vollmer: Biochem. Zft. 140. p. 410. — Walter-Grove: J. of. inf. Dis. v. 20. 776. — Wierzchowski: P. G. L. 1925. 10. — Wiechmann: Münch. med. Wschft. 1926. 73. — Wigand: Klin. Wschft. 1926. 5. 12. — Wittkower-Petow: Zft. f. Klin. Med. 1927. 106. 3/4. — Ziegler, Lloyd. Elliot: Americ. J. med. Sc. 1926. 172.

OCENY.

Karol Jonscher: *Odżywianie niemowląt zdrowych i chorych.* (Medycyna w monografjach i wykładach, zeszyt VIII). Warszawa 1928. str. 132 + IX. 8°.

Dotkliwą lukę w polskiem piśmiennictwie pedjatrycznem dla praktyków przeznaczonem wypełniła praca K. Jonschera. Autor omówił w niej jasno i zwięźle dietetykę niemowląt, która dla lekarzy niepedjatrów jest zagadnieniem trudnem, albowiem rozbieżność poglądów i przepisów jest w tej dziedzinie tak znaczna, iż wprost uniemożliwia orjentację niespecjaliście, skutki zaś tej niepewności są często fatalne dla organizmu dziecka. Wywody swe oparł autor o system odżywiania Pirqueta w praktyce ekonomiczny i łatwy do przeprowadzenia. W dwu częściach opracował odżywianie pokarmem i sztuczne podając przy końcu każdej liczne wskazówki o postępowaniu przy zaburzeniach w odżywianiu. Wykresy w tekscie świadczą o obfitym materjale obserwacyjnym zaś o śmiałości w wypowiadaniu własnych poglądów uwaga odnosząca się do zapalczywie zwalczanego przez obecnych pedjatrów „przesądu" o zaburzeniach podczas ząbkowania. Ilość środków leczniczych ograniczył do najniezbędniejszych starając się podkreślić przy używaniu nielicznych mieszanek doświadczenie, iż nie ich mnogość lecz prostota, umiejętność w dawkowaniu i konsekwencja decydują o wynikach. Monografja dla praktyków prowadzących poradnie i których obowiązkiem jest propagowanie odżywiania piersią, niezbędna.

Józef Fritz (Lwów).

Dr. J. Sédillot: *Le rôle du terain dans l'évolution de la syphilis.* Paris 1928. L. Arnetta. Cena 20 franków.

W przedmowie Sédillot broni się przeciw zarzutowi fantazji, której koledzy klinicyści dopatrują się w jego poglądach. Autor przekonany jest o prawdziwości swoich przypuszczeń, które stawiają kiłę w zupełnie nowem i — zdaniem autora — jaśniejszem świetle. Podstawą teorji Sédillot'a jest założenie, że krętek blady (spirochaeta pallida) nie jest samoistnie patogennym dla człowieka. Aby się krętek stał patogennym t. zn. wywołał w ustroju reakcję (chorobę), koniecznem jest połączenie się krętka z innym jakimkolwiek drobnoustrojem szkodliwym dla organizmu człowieka. W połączeniu tem wywołuje on w ciele ludzkiem rozmaite zmiany, zależnie od rodzaju zarazka, z którym się połączył. Tem stara się Sédillot wyjaśnić różnopostaciowość kiły, oraz zasadę, że kiła może być maskowaną jakąkolwiek chorobą inną. Symbioza z innemi mikrobami jest zatem patogenną, nigdy zaś spirochaeta pallida, względnie i zarazek z którym w danym przypadku doszło do symbiozy. Warunkiem powstania kiły jest więc symbioza; warunek zawsze możliwy w przyrodzie, trudny do zrealizowania w laboratorjum. Krętek ten, tak czuły w pracowni, może i po 50 latach wywołać zmiany chorobowe. W człowieku przechodzi drobnoustrój ten okres młodości, okres latencji i okres starości, każde zaś stadjum odpowiada innym warunkom środowiska, w którem przebywa. W okresie młodości (lues I, II i IIII wedle starych autorów), krętek, tak czuły in vitro, nie może istnieć sam. Utrzymuje się zaś w ciele tylko dzięki połączeniu z innym zarazkiem. Żyje on na skórze i błonie śluzowej, na powierzchni ciała, a więc tam, gdzie znajduje najwięcej korzystnych warunków do wejścia w symbiozę z innymi mikrobami. Ten okres nazywa Sédillot „période du tréponème ennuyeux". Gdy krętek przeszedł wszystkie możliwe połączenia u danego osobnika (każda symbioza trwa tylko przez pewien czas, a nie może się powtarzać) zmienia swój dotychczasowy charakter, przechodząc w niebezpieczne dla siebie stadjum. W tem stadjum może krętek, szczęśliwym zbiegiem okoliczności, zniknąć, obumrzeć. To jest „lues latens„ okres „du tréponème silencieux". W tym okresie, który może i bardzo długo trwać, żyje spirochaeta ukryta głęboko w niektórych tkankach, głównie w układzie chłonnym (nieraz pod postacią zarodników). Z miejsca ukrytego dostaje się mikrob od czasu do czasu do krwiobiegu. Dochodzi do „spirochaetaemii", która znika samoistnie, gdyż krętek nie znalazł warunków, w których mógłby wejść u danego osobnika w nieprzeżytą jeszcze i nieprzebytą symbiozę. W międzyczasie chory wchodzi w okres tworzenia się sklerozy, a tutaj spirochaeta znajduje nowe podłoże do rozwoju, nastaje okres nowych możliwości. Osiedla się w nowych miejscach chorobowych i obecnością swą wikła ich przebieg i wpływ na cały ustrój. Szczególnie, jeżeli miażdżyca występuje w mózgu i rdzeniu pacierzowym, połączenie miażdżycy z krętkiem prowadzi często do ciężkich i nieuleczalnych zmian (paralysis progressiva, tabes dorsalis i t. d.). Praktycznie ma teorja ta wpływ i na leczenie, którem Sédillot kończy swą książkę. Opiera się on na doświadczeniach i badaniach Fourniera, jednego z największych koryfeuszy syfilidologji, i pomimo dzisiejszego rozwoju i postępu pozostał wiernym zwolennikiem metody leczniczej Fourniera. Nie mówi nigdy choremu, że go wyleczy, tylko, że się będzie starał przeszkodzić występowaniu objawów kiły. W leczeniu rozróżnia chorych młodych i chorych starych powyżej 35 lat. U starych rokowanie jest gorsze, ponieważ są bliżej okresu sklerotycznego, istnieje więc większe niebezpieczeństwo osiedlenia się krętka do miejsc sklerotycznych, obojętnie jakiego pochodzenia. Zdaniem Sédillota niebezpieczeństwo zaczyna się przy wysokiem ciśnieniu krwi. Podaje, że u chorych cierpiących na t. zw. afekcje parasyfilityczne, względnie w początkowych przejawach tychże znalazł zawsze wysokie ciśnienie krwi. Tych chorych nie radzi leczyć śródżylnemi wstrzykiwaniami połączeń arsenu (arsenobenzol), wyjątkowo używa arsenobenzolu wśródmięśniowo w roztworze cukru (głównie solarsal). Radzi badać dokładnie mocz (stała Ambarda), aby przekonać się o czynności nerek i wątroby. Przeprowadza leczenie przeciwsklerotyczne (dieta) i używa starych leków Fourniera: rtęć i jod. Rtęć podaje wewnętrznie lub zastrzykach (kalomel). O jodzie twierdzi, „że nie mieliśmy, ani nie będziemy mieć nigdy lepszego leku, aniżeli kalium jodatum". Dieta i jod są dwa środki lecznicze, które stale podawać się powinno chorym. Ciekawym jest pogląd jego na malarję, która do-

starcza krętkowi nowe podłoże do symbiozy i przeto nie radzi stosować jej zapobiegawczo, gdyż tem postępowaniem wytrącamy sobie broń z ręki, która poraz wtóry użyta jest już bez znaczenia. Książka pisana jest nadzwyczaj zajmująco, w czem Francuzi cechują. Poznać ze sposobu wyrażania swych myśli, z użytego stylu, że Sédillot pierwszorzędnie włada piórem. Dla swej teorji szuka oparcia i w ostatnich, przed śmiercią wypowiedzianych słowach Pasteura: A może to być widzenie prorocze tego, co się dzisiaj dzieje, które miał Pasteur w agonji, gdy szeptal słowa, tak często powtarzane przez prof. Rénona, który czuwał u jego łóżka: „Bernard miał rację, mikrob jest niczem, „terrain" (podłoże) jest wszystkiem". Książka dużo przynosi nam nowego i mimo, że nie o jednem, o czem prawi Sédillot, długie można prowadzić dyskusje, niemniej zasługuje na baczną uwagę.

Ungar (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnych w Warszawie, rok 1928, tom VII, zeszyt IV, za październik — listopad — grudzień 1928: M. Bornsztain: Adam Wiesel. — M. Bornsztain: Znaczenie teorji psychoanalitycznej dla psychjatrji. — N. Zandowa i J. Mackiewicz: Brodawczak złośliwy splotu naczyniastego. — A. Holendrówna: Najnowsze prądy i zagadnienia w psychjatrji. — R. Markusiewicz: O niedorozwiniętej postaci schizofrenji. — G. Bychowski: Współczesny stan nauki o defektach moralnych. — Wł. Matecki: O schizofrencji wieku podeszłego. — L. Prussak: Próby leczenia wodogłowia następczego po drętwicy karku. — K. Horwitz: Opieka pozazakładowa nad psychicznie chorymi.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok IV, nr. 1, z 1 stycznia 1929: Od redakcji. — F. Turowicz: Geneza i podstawy zasadnicze dekretu z dnia 11 stycznia 1919 r. — Br. Siwik: Organizacja władz nadzorczych Kas chorych. — H. Kłuszyński: Po dwudziestu latach. — Opinja wobec dekretu z dnia 11 stycznia 1919.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok IV, nr. 2, z 1 lutego 1929: Al. Wóycicki: Nowe orjentacje w postępie społecznym. — Alfr. Krieger: Okólnik Nr. 516, czyli burza w szklance wody. — Osw. Einfeld: Lekarz społeczny. — St. Benkiel: Czy t. zw. „żonom nieślubnym" przysługuje prawo do świadczeń ze strony Kas chorych. — H. Kłuszyński: Organizacja lecznictwa chorób zawodowych w Kasach chorych. — P. Dziurzyński: Z działalności funduszu bezrobocia za rok 1924—1927. — Z Kas i Związków.

Wiedza lekarska, rok III, zeszyt 3, z marca 1929: M. Grzybowski: Działanie uboczne preparatów bizmutowych. — Z. Gorecki: Kwas moczowy w moczu a skaza dnowa i kamica moczanowa. — J. Węgierko: Istota i leczenie żółtaczki (dok.). — I. Jrrgang: Zagadnienia gruźlicze.

Nowiny lekarskie, rok XLI, zeszyt 6, z 15 marca 1929: W. Mikułowski: Przyczynki do mechanizmu krwotoków kiszkowych w durze brzusznym. — A. Bednarski: O starożytności naszych zwyczai, przesądów i leków ludowych. — K. Kardaszewicz: Kilka wspomnień z przeszłości. — A. Wrzosek: Zasłużony lekarz prowincjonalny Jan Gawlik (1836—1928).

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 11, z 14 marca 1925: T. Kramsztyk: O stosunku witamin do przemiany mineralnej, osobliwie wapniowej. (dok.). — A. Landau, J. Glass i St. Kaminer: Badania nad rozmieszczeniem chloru we krwi i nad zależnością tego zjawiska od stanu równowagi kwasowo-zasadowej. — I. Stein: Xanthomata (twory żółciakowe) (streszcz. zbior.). — M. Kacprzak: Lekarze w Polsce (dok.).

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 11, z 17 marca 1929: Wina owocowe w przemyśle farmaceutycznym. — Kilka przykładów nieracjonalnych kompozycyj receptowych. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Nowiny spoleczno-lekaskie, rok III, nr. 6, z 15 marca 1929: Nekrolog ś. p. Dr. Władysława Jareckiego. — Mr. Z. Rudolf: O usuwanie śmieci i nieczystości z miast. — St. Czerwiński: Przestępstwo a zazdrość. — Medycyna społeczna zagranicą. — Z organizacyj lekarskich. — Z Izb lekarskich.

Medycyna, rok III, nr. 8, z 2 marca 1929: P. Pręgowski: Do leczenia i patogenezy niektórych t. zw. czynnościowych cierpień psychicznych. — St. Klein: Żółtaczka hemolityczna. (dok.). — Sew. Citronberg: O najważniejszych zdobyczach chemji fizycznej w dziedzinie fizjologji przewodu pokarmowego. (c. d. n.).

Przegląd dentystyczny, rok IX, nr. 2, z lutego 1929: Goldberg-Górski: Kilka słów o dostawkach t. zw. podpartych lub czynnościowych. — J. Gombiński: Przypadek ropnego zapalenia zatoki szczękowej pochodzenia zębowego.

Pamiętnik Wileńskiego Tow. lekarskiego i Wydziału lek. Uniw. St. Batorego, rok V, zesz. 1, za styczeń—luty 1929: A. Łapiński: O sposobach wykrywania indolu w hodowli bakteryj. — P. Lidzka: W sprawie etjologji rumienia guzowatego u dzieci. — S. Trzebiński: Z pamiętników Franka T. I., rozdz. 2. — L. Czarkowski: Wilno w latach 1867—1875.

Przyroda i technika, rok VIII, zeszyt 3, z marca 1929: St. Chrząszczewski: O przemianie materji i energji. — R. Kuntze: O niektórych nowszych pojęciach i zagadnieniach entomologji stosowanej. — Z. Łoskiewicz: Parę słów o metalografji.

Lekarz wojskowy, rok X, tom 13, nr. 6, z 15 marca 1929: K. Barczowski: Zmiany ciśnienia w gałce ocznej pod wpływem środków bojowych. — N. Refet: Rozwój obrony przeciwchemicznej w Turcji. — Wł. Jarecki i Br. Karbowski: Zmysł wibracyjny a rozwój słuchu u głuchych.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 12, z 24 marca 1929: Br. Koskowski: Incompassibilia w receptach. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Zagadnienia rasy, rok 10, tom IV, nr. 4, z grudnia 1928: I. Mydlarski: Typy antropologiczne i metody ich ujmowania. — B. Nowaczyński: O zawodzie nauczyciela. — L. Wernic: Międzynarodowy Zjazd Związku przeciwweneryczego w Nancy r. 1928 a walka z syfilisem wrodzonym. — W. Borkowski: Z Konferencji Międzynarodowej Federacji Towarzystw Eugenicznych, odbytej w Monachium dnia 13 września 1928 r.

Zdrowie, rocznik XLIV, nr. 3, z marca 1929: M. Kacprzak: Ś. p. Dr. Wincenty Bogucki. — B. Salak: Poradnie społeczno-lekarskie w Tarnopolszczyźnie, jako funkcja samorządów i publicznej Służby Zdrowia. — Skokowska-Rudolfowa: Dotychczasowe wyniki walki z gruźlicą w kraju i plan Departamentu Służby Zdrowia na najbliższy okres. — J. Przedborski: Chorobowość i śmiertelność wśród żydów w świetle roczników statystycznych m. st. Warszawy. — S. Adamowiczowa: Współpraca międzynarodowa w dziedzinie zdrowia publicznego.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo amerykańskie.

The Journal of Nervous and Mental Disease. (An American Journal of Neuropsychiatry)

Nr. 6 (Grudzień 1928 r.), str. 118.

A. A. Brill: *Stosowanie psychoanalizy w psychjatrji.* Autor stosował w praktyce z dobrym wynikiem poglądy Freuda, sformułowane pod nazwą „Metapsychologji" *) oraz teorje, przedstawione w książkach Freuda „Jenseits des Lustprinzips" i „Das Ich und das Es", które pomogły w znacznej mierze do wytłumaczenia całego szeregu niejasnych problemów w psychjatrji. Przedstawia przytem niektóre przypadki, wybrane z rozległego materjału.

Lauren H. Smith: *Dwa przypadki choroby Page'ta (Ostitis deformans) powiklane chorobą umysłową.* W ostatnich latach napotykamy w piśmiennictwie zwiększoną ilość opisywanych przypadków choroby Page'ta. Badania te przyczyniły się do znaczniejszego udoskonalenia fizykalnego i laboratoryjnego, zaś stosunkowo mało przedstawiono przypadków klinicznych. E. et Locke (Oxford Medicine, Vol. VI) pisze, „że nawet w przypadku znanego zgrubienia czaszki, oraz zmian w strukturze jej kości, umysł zawsze pozostaje prawidłowy". Autor przeciwstawia się temu

*) Tym terminem określa Freud psychologiczną podstawę psychoanalizy.

twierdzeniu, opisując dwa przypadki choroby Paget'a, wykazujące objawy zaburzeń umysłowych. Czyni to, by zwrócić uwagę na fakt, że czasami choroba umysłowa wikła chorobę Pageta. Szczególnie w jednym przypadku (kobieta 50-letnia) zaburzenia umysłu pozostają bezspornie w związku ze zmianami w czaszce, podczas gdy etjologja drugiego przypadku nasuwa pewne wątpliwości (dur).

S. Brock: *Samoistna narkolepsja, katapleksja i katalepsja, połączone z niezwykłą halucynacją. Opis przypadku.* W r. 1880 Gelineau opisał przypadek senności napadowej, przez niego nazwaną „narkolepsją". Uważał on senność napadową za nowy rodzaj neurozy („a new species of neurosis"). Od tego czasu Henneberg, Redlich, Goldflam i inni opisywali szereg podobnych przypadków, Ostatnio trzy świeże publikacje, dwie w języku angielskim (Adie S. et K. Wilson) i jedna w języku francuskim (Lhermitte i Tournay) wzbudziły na nowo zainteresowanie się tym ciekawym problemem. Adie opisał 6 przypadków tej choroby, charakter napadów oraz stosunek do innych chorób, uwzględniając przytem fizjologię układu nerwowego. Problem sam rozstrząsany jest w myśl badań Pawłowa. Wilson opracował 5 przypadków i pod ogólnym tytułem „Narkolepsje" daje ciekawe tłumaczenie tego problemu. Dowodzi, że mamy do czynienia tu nie z chorobą sui generis lecz z grupą symptomatologiczną. Autor artykułu zgodnie stwierdza z Adiem, że typ samoistny tej choroby istnieje i występuje najczęściej w wieku młodzieńczym, rzadziej występuje w wieku powyżej 40 lat. Częściej ofiarami są mężczyźni, rzadziej kobiety. (Na 50 przypadków Adiego 2 kobiety, na 43 Wilsona 6 kobiet). Osobnicy ci byli zdrowymi pod każdym innym względem, nie wykazując nieprawidłowości fizykalnych, nerwowych albo psychicznych, z wyjątkiem może objawów, wskazujących na niedomogę przysadki mózgowej. Dziedziczność i zawód nie wyjaśniają charakteru choroby. Ważnym jest fakt, występowania tej choroby po ostrem zapaleniu mózgu w przypadkach opisanych przez Adiego, Redlicha, Pessiera, Stieflera i Spillera. Nigdy nie występują objawy histeryczne. Rzadko występują również napady epileptyczne. Typ mózgowy wykazuje tendencję do polepszenia się stanu. Choroba charakteryzuje się występowaniem u tegoż chorego w różnym okresie czasu napadów mimowolnego stanu, podobnego do snu hipnotycznego (narkolepsje), nieraz bez widocznej przyczyny, oraz ataków zapadu. Mięśnie nagle wiotczeją (relaxatio musculorum) w tak silnym stopniu, że chory upada na ziemię przytomny lecz niezdolny do jakiegokolwiek ruchu. Tę niezdolność do jakiegokolwiek ruchu oznaczył Adie terminem „katalepsji". Osobnik okazuje wszystkie fizykalne objawy snu, jest jednak pełnym świadomości i przebywa w stanie „bezruchowej świadomości" („motisuless awareness"). (Adie używa terminu „deposturing", Redlich „affective Tonusverlust", Stern „Tonusblokade", Henneberg „Kataplektische Hemmung" i t. d.). Napady występują przy najrozmaitszych okolicznościach; w czasie spaceru, jazdy konnej, w teatrze, podczas jedzenia i t. d. Towarzysząca senność trwa od kilku sekund do kilku godzin, przeciętnie trwa kilka minut. Jedynie w jednym przypadku Wilson u chorego w stanie kataplektycznym opisał stan nerwowy. Znalazł zwiotczenie, stratę głębokich odruchów oraz dodatni odruch Babińskiego. Z powrotem siły motorycznej, objawy te zniknęły. Bezsilność w czasie napadu oznacza się terminem „katalepsja". Mimo pewnego podobieństwa choroba ta nie jest charakteru epileptycznego albo histerycznego. Prawdopodobnie chodzi tu o ogólną reakcję, wywołaną wzruszeniem (emotio), charakteryzowaną zwiotczeniem, katapleksją, katalepsją, powikłane mimowolnym snem słabszego lub silniejszego stopnia (narkolepsja). Wenderowicz pierwszy zwrócił uwagę na podobieństwo, zachodzące między bezsilnością kataplektyczną, a napadami okresowego paraliżu rodzinnego. Anglicy dopatrują się przyczyny w pewnych zmianach kory mózgowej (Magnus de Kleyn). Autor opisuje przypadek napadowego snu po silnym wzruszeniu z objawami wyżej wymienionymi. Przypadek różni się od innych w piśmiennictwie opisanych 2 niezwykłemi objawami. Chory w śnie napadowym miał wzrokowe i słuchowe halucynacje, po obudzeniu się z mimowolnego snu, wykazywał symptomy paraliżu wiotkiego. Z powodu braku danych patologicznych *uważa autor cały ten zespół objawów za samoistny.*

Wm. Allan: *Status hemicranius i częstość napadów migreny.* Charakterystycznem dla migreny jest jej okresowe występowanie, przytem częstość napadu jest różna u tegoż osobnika. W większości przypadków ataki powtarzają się po całym szeregu tygodni, czasami miesięcy, rzadziej po całym szeregu lat. Napady mogą wystąpić wreszcie kilkakrotnie w jednym tygodniu, może dojść do „status hemicranius". Przeciętnie przerwy trwają od 2—4 tygodni. U kobiety mogą lata całe współdziałać z miesiączką, jakkolwiek w większości przypadków związek ten nie zachodzi. W r. 1920 Pagnier i Nast wyrazili pogląd, że bardziej charakterystycznym dla migreny, aniżeli ból głowy jest fakt, że po napadzie chory przez pewien okres czasu jest odporny, że przyczyna, która napad wywołała, nie jest w stanie przez pewien okres czasu wywołać podobnego napadu. Pogląd ten stoi w sprzeczności z pojęciem migreny trwałej t. zn. „status hemicranius" (Auerbach) względnie „status migrainous" (Crookshank). Autor opisuje 5 przypadków ciągłego bolu głowy, które odróżnić należy od przypadków bólu głowy organicznych i psychonerwowych. Przytem statystycznie podaje, że na 566 przypadków migreny, przez niego badanych, napad powtarza się raz na miesiąc albo częściej w 82%, raz na dwa tygodnie w 53%, codzienne występowanie napadu znalazł w 5-ciu przypadkach.

Lelond B. Alford: *Epilepsja i dementia praecox typami abiotroficznymi.* Autor przedstawia cały szereg stanów nerwowych, u których proces patologiczny przebiega na podkładzie abiotrofji. Proces patologiczny w chorei Hundingtona, w dementia praecox i epilepsji jest abiotrofją albo zwyrodnieniem dziedzicznem. Nagłe napady epileptyczne (tremor, chorea, athetosis i myoclonus) są typami ekstrapiramidowego uszkodzenia. Zaburzenia umysłowe przy dementia praecox oraz pogorszenie się epilepsji są wynikiem pewnych uszkodzeń struktury na podstawie mózgu. *Dr. Ungar* (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 41. 1928.

Prof. H. von Hoesslin: *Przyczynek do oceny klinicznej leków ośrodkowo pobudzających serce i krążenie, w szczególności przetworów kamforowych.* Na wstępie omawia autor wady oleju kamforowego, przyczem, ciekawe, nie bardzo się obawia o zatory tłuszczowe po śródżylnem stosowaniu. Sekcje wykazały, że pozostałe w płucach kropelki tłuszczu nie mają żadnego znaczenia dla leczenia. Natomiast działanie oleju zawsze jest niepewne, wskutek czego pierwszeństwo bezwarunkowo przysługuje wodnym roztworom kamfory.

Po ocenie różnych nowoczesnych przetworów wspomina, że istniała wielka niedogodność z powodu, że po części używane bywają do wstrzykiwań podskórnych, a po części i dożylnych, przyczem należało różnie dawkować, a zatem zachodziły trudności w ich wzajemnem porównaniu. O ile wiadomo, niema dotąd spostrzeżeń porównawczych u człowieka, zwłaszcza o ile doświadczenia tyczą się krążenia. Dlatego też badań dokonywać należało w możliwie jednakowych warunkach, czyli do porównania poszczególnych przetworów nie powtarzać tego samego przetworu, a stosować rozmaite preparaty.

Oprócz 20% olejku kamforowego stosowano w tymsamym stężeniu kamforę w roztworze dwuetylenu, czyli rozczyn kamfory „Höchst". Często posiłkowano się 2% camphogenem Bayera, składającym się z 25% acetdwuetylamidu i 15% salicylanu sodowego. Kilkakrotnie stosowano camphemol „Ciba", w którym kamfora zawieszona jest zapomocą emulsyny, pochodnej mentolu, przyczem 1 cm³ camphemolu zawiera 0,1 kamfory. Zbliżony do kamfory naturalnej hekseton (3 - metylo - 5 - izopropylo - 2 - 3 cyklo-heksenon) podług badań działa na zwierzęta tak samo jak kamfora. Dzięki łatwej rozpuszczalności skutek następuje po śródżylnem zastosowaniu tak samo szybko jak po camphemolu i po kamforze „Höchst". Objawy podrażnienia po równych dawkach są nieznaczne. Coramina (dwuetylamid kwasu pyridyn - beta - karbonowego) „Ciba" podawana po 0,25 różni się od wymienionych przetworów tylko tem, że pobudzenie ośrodka oddechowego ujawnia się w silniejszym stopniu. Pogłębienie oddechu następuje natychmiast i towarzyszy mu często jęczenie i kaszel. Tak samo jak przy doświadczeniach na zwierzętach podług Strossa, wzrost ciśnienia krwi może być osiągnięty nietylko po dawkach wielkich, powodujących kurcze, z czego wynika, że coramina nie wzmacnia skurczów serca, a przeciwnie, obserwowano podczas doświadczeń niekiedy pewne osłabienie czynności serca. U człowieka śródżylne zastrzyki coraminy zwykle działały nieco krócej, aniżeli po kamforze. To samo tyczy się cardiazolu Knolla. H. nie uznaje twierdzenia Fahrenkampa co do potęgowania działania naparstnicy zapomocą coraminy i cardiazolu.

Trwałość działania różnych przetworów wstrzykniętych dożylnie jest w przybliżeniu jednakowa z wyjątkiem cardiazolu i oleju kamforowego. Dziwnem wydaje się, że można to obserwować po bardzo różnych dawkach poszczególnych przetworów. W zasadzie poprawa tętna w zależności od stanu chorego trwa 15 — 30 minut, a że większe dawki nie działają względnie dłużej i silniej, to należy przypuszczać, że wielką tu rolę odgrywa jed-

nokrotne pobudzenie i że następnie nadmiar kamfory, łącząc się na kwas glikuronowy staje się nieczynnym. Wogóle zaś rzec można, że działanie poszczególnych przetworów, wstrzykniętych śródżylnie niewiele się różni wzajemnie pod względem poprawy tętna, względnie czynności serca. Ośrodkowe pobudzenie mięśni po coraminie i cardiazolu jest nieco większe, o ile je się podaje w dawkach, odpowiadających dawkom dożylnym 0,01 — 0,02 kamfory. Nadmiernie wielkie dawki dożylne nie są celowe, gdyż działanie ich w zasadzie nie wzrasta w stosunku do ilości użytego przetworu. Szkodliwości wielkich dawek nie zauważono; dobierać je jednak należy tak, aby objawy ruchowego i psychicznego podniecenia nie wpływały ujemnie na oddziaływanie leków na krążenie, gdyż po ustaniu wpływu tego następuje tem większe wycieńczenie chorego. Po dożylnem wstrzyknięciu kamfory chory po kilku minutach powinien się uspokoić.

Do pracy v. H. dołączona jest tablica i opisy chorób. W pewnym przypadku ciężkiej niedomogi serca po zadawaniu camphogenu, heksetonu, roztworu kamfory „Höchst" i cardiazolu na koniec wstrzyknięto coraminę. Stan groźny chorego w agonji poprawił się tylko na czas krótki po środkach ocucających; po cardiazolu stan podmiotowy i złe tętno się nie poprawiały, a oddech zwalniał się jeszcze bardziej. Coramina zaś działała bardziej podniecająco.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 31. X. 1928 r.
Przewodniczący prezes prof. Latkowski. Obecnych 80.

Wybrano przez aklamację na członków honorowych: Prof. Dr. Karola Kleckiego i Prof. Dr. Marchlewskiego Leona.

Demonstracje: Z kliniki okulistycznej kol. Sokołowski przedstawia przypadek ciała obcego w oku.

W dyskusji zabierał głos prof. Majewski.

Kol. Ślączka przedstawia przypadek guza mózgu w okolicy parietalnej lewej, w gyrus supramarginalis i gyrus angularis.

Kol. Nowicki referuje część chirurgiczną przedstawianego przypadku. Guz wielkości jaja kurzego wychodził z opon miękkich, pozostawał w luźnym stosunku z tkanką mózgu. Histologiczne badanie wykazało: Endothelioma sarcomatodes.

Kol. Pelczar wygłasza odczyt p. t.: *„Z badań nad rakiem"*. (Rzecz przeznaczona do druku).

Posiedzenie z dnia 7. XI. 1928 r.
Przewodniczący Prezes prof. Latkowski. Obecnych 100.

Prezes zawiadamia o jubileuszu Nowin Lekarskich, który odbędzie się 18 b. m. w Poznaniu. Prezes zawiadamia o Walnem zebraniu Lekarzy Słowiańskich okręgu Krakowskiego w dniu 25 b. m. a następnie o wieczerzy wspólnej z okazji wyboru członków honorowych Prof. Marchlewskiego i Prof. Kleckiego.

Kol. Blassberg i kol. Medyński wygłaszają odczyt p. t.: *„Psychotechnika i poradnictwo zawodowe a medycyna"*.

W dyskusji zabierają głos: Kol. Schinagel, Medyński, Blassberg, Schwarzbart.

Posiedzenie z dnia 14. XI. 1928 r.
Przewodniczący Prezes prof. Latkowski. Obecnych 70.

Prezes poświęca wspomnienie pośmiertne pamięci Prof. Łobaczewskiego i doc. Morawskiego.

Kol. Spira przedstawia chorego po operacji kosmetycznej nosa. W następstwie kiły wrodzonej przyszło do wytworzenia się nosa siodełkowatego i do pociągnięcia końca nosa ku górze. Przez założenie odpowiedniej podkładki z kości słoniowej wyrównano w zupełności zapadnięcie, zabieg wykonano śródnosowo bez znaku od zewnątrz.

Doc. Zieliński wygłasza odczyt p. t.: *„Zagadnienia konstytucji w epilepsji"*.

Kol. Piltz wygłasza odczyt p. t.: *„Z zagadnień epilepsji"*.

Kol. Sikorska Aurelja wygłasza odczyt p. t.: *„O leczeniu epilepsji"*.

Przyjęto nowych członków: Dr. Gutwińskiego i Dr. Ryglickiego.

W dyskusji zabiera głos Doc. Zieliński w sprawie profilaktyki epilepsji. Wyraża zapatrywanie swoje i innych autorów, według którego alkohol nie odgrywa tej roli w etjologji epilepsji, jaką mu powszechnie przypisują.

Kol. Szczeklik zapytuje kol. Sikorską o teorję anafilaktyczną epilepsji, a następnie zwraca uwagę na pewną sprzeczność, jaka istnieje w leczeniu epilepsji, w której podaje się z jednej strony według Władyczki glukozę dla zwalczania napadów epileptycznych, a z drugiej strony leczy się te napady dietą obfitującą w ciała ketonogenne celem wywołania ketonurji.

Kol. Sikorska w odpowiedzi zaznacza, że sprawa alkoholu w epilepsji nie jest jeszcze pewną; co się zaś tyczy sprzeczności w diecie w epilepsji, to rzeczy te są obecnie w toku badań i nie są rozstrzygnięte.

Posiedzenie z dnia 21. XI. 1928 r.
Przewodniczący Prezes prof. Latkowski. Obecnych 60.

Prezes zawiadamia o Walnem Zebraniu Związku Lekarzy Słowiańskich Okręgu krakowskiego które odbędzie się 25 b. m. o godz. 11 rano w sali Krak. Tow. Lek.

Kol. Eisenberg wygłasza odczyt p. t.: *„Zagadnienie gatunku w bakterjologji"*.

W dyskusji zabierają głos: Prof. Klecki, który podkreśla słuszność zdania Dr. Eisenberga, że gatunek jest pojęciem praktycznem. Prof. Klecki jest zdania, że przy formowaniu gatunku należy brać pod uwagę wszystkie cechy, a nie tylko cechy morfologiczne. Podaje jako przykład przesączalność bakterji gruźliczych. Jeśli prątek gruźlicy może przybierać formę przesączalną, jeśli może być niewidzialny, to jednak ta cecha fizjologiczna jest bardzo ważną, ważniejszą nawet od morfologicznej. Należy zatem rozróżniać i cechy czynnościowe a nie tylko morfologiczne. W dalszym ciągu mówi Prof. Klecki o zmienności bakterji, co jest już dzisiaj rzeczą ustaloną.

Prof. Gieszczykiewicz stwierdza również, że przy ustalaniu gatunku kwestja praktyczna wysuwa się na plan pierwszy. Cechy serologiczne są dla pewnych gatunków cechami gatunkowemi a przynajmniej na nich najczęściej rozpoznanie nasze opieramy (bacil. typhi, vibrio cholerae), u innych gatunków cechy serologiczne służą dla wyróżnienia odmian, są wreszcie gatunki jak n. p. bact. coli, gdzie niemal każdy szczep stanowi odrębny typ serologiczny. W tych przypadkach ta sama cecha która gdzieindziej może być uznana za cechę gatunkową prowadziłaby do zupełnego rozbicia gatunku. Obecnie cechy morfologiczne uważa się raczej za cechy rodzajowe. Prof. Gieszczykiewicz rozpatruje następnie kwestję form przesączalnych. Pewne gatunki bakteryj mogą w pewnych warunkach — zdaje się — przyjmować inne postacie, inne cechy morfologiczne. Sprawa ta nie jest jeszcze dostatecznie zbadana, o ile jednak zjawiska te powtarzałyby się stale w pewnych przypadkach to nie podlegałoby to ważności cech morfologicznych.

Kol. Hirsch zapytuje czy podział na gatunki jest podyktowany tylko względami praktycznemi.

Kol. Eisenberg w odpowiedzi zaznacza, że zarazki przesączalne jest to forma życiowa. która wymyka się z pod naszych środków badania. Następnie kol. Eisenberg omawia dalej kwestję podziału gatunków.

Posiedzenie wspólnie z Krakowskiem Kołem Internistów dnia 28. XI. 1928 r.
Przewodniczący prezes Prof. Latkowski. Obecnych 60.

Prezes prof. Latkowski odczytuje listę Komisji Matki, którą proponuje Wydział Towarzystwa Lekarskiego. Na przewodniczącego Komisji proponuje Wydział Członka honorowego prof. Wachholza. Wybór Komisji Matki i przewodniczącego Komisji, przyjęto jednogłośnie.

Kol. Doc. Siedlecki wygłasza rzecz: *„O niedokrwistości aplastycznej"*.

Kol. Szczeklik: *„O wczesnych okresach białaczek"*.

W dyskusji zabiera głos Prof. Latkowski który podkreśla, że badanie histologiczne gruczołów limfatycznych w przypadkach przedstawianych przez kol. Szczeklika, zawiodło zupełnie, a jedynie obserwacja kliniczna przyczyniła się do postawienia rozpoznania.

Kol. Gradzińska i kol. Ściesiński przedstawiają przypadek *ruptura lienis* w przebiegu malarji.

Kol. Ściesiński przedstawia przypadek spontanicznego pęknięcia śledziony z ostrym obrzękiem, dotyczący mężczyzny l. 32, leczonego zimnicą szczepioną z powodu porażenia postępującego. Pęknięcie torebki znajduje się na końcu tylnym śledziony, pod torebką powierzchni wypukłej znajduje się dość duży skrzep krwi i małe trójkątne pęknięcie. W jamie brzusznej 3 litry krwi płynnej i skrzepłej. Mikroskopowy obraz śledziony typowy dla ostrego obrzęku z obecnością pasorzytów zimniczych, nielicznych w krwinkach czerwonych i barwnika zimniczego. Kol. Ściesiń-

ski przytacza pokrótce 5 przypadków spontanicznego pęknięcia śledziony w przebiegu zimnicy szczepionej i omawia mechanizm tych pęknięć.

W dyskusji zabiera głos kol. Pelczar: W malarji na szczycie gorączki jest zwiększenie ilości krwi w krwiobiegu. W okresie dreszczów występuje powiększenie się śledziony a potem ma następować skurcz śledziony. Możliwe, że nagły skurcz śledziony może doprowadzić zwłaszcza u osobników, którzy szereg ataków przeszli, do pęknięcia torebki śledziony.

Kol. Ślączka wygłasza rzecz: *„Injekcje perineuralne antypiryny"*.

W dyskusji zabiera głos kol. Reiner.

Prof. Latkowski oświadcza, że ostatnio zanadto dużo środków nieobojętnych dla ustroju wstrzykuje się zwłaszcza śródżylnie, przez co nieraz przynosi się szkodę choremu; demonstracja kol. Ślączki powinna być przestrogą, aby leków niewypróbowanych w klinikach i szpitalach nie wstrzykiwać.

Posiedzenie z dnia 5. XII. 1928 r.

Przewodniczący poświęca wspomnienie pośmiertne pamięci zmarłych kolegów ś. p. Motyki i bł. p. Rosenblata.

Prezes zawiadamia o posiedzeniu Komitetu przeciwgruźliczego, które odbędzie się w piątek o godz. 6 wieczorem w sali Magistratu i wypowiada parę słów w sprawie akcji przeciwgruźliczej.

Prof. Rosner i prof. Godlewski demonstrują przypadki pseudohermafrodytyzmu męskiego.

W dyskusji prof. Wachholz wspomina o spostrzeganym przez siebie przypadku hermafrodytyzmu męskiego i nadmienia, że w medycynie sądowej decydującym dla określenia płci hermafrodyty jest popęd płciowy danego osobnika.

Kol. Kaczyński demonstruje przyrząd do fotografji zwłok w całości.

Prof. Wachholz wygłasza odczyt p. t.: *Grafologiczno-patologiczna ekspertyza pisma.* (Rzecz przeznaczona do druku).

Posiedzenie z dnia 12 grudnia 1928.
Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.
Obecnych 70.

Kol. Romanowa przedstawia przypadek *Lichen ruber planus.*

W dyskusji prof. Walter mówi o etjologji i leczeniu tego cierpienia. Następnie nawiązując do przypadku podkreśla, że w dermatologji mamy do czynienia z niewielką ilością spraw chorobowych samej skóry, natomiast duża część chorób skórnych jest ściśle związana z chorobami organów wewnętrznych. Wskazuje na przemianę pojęć na istotę schorzeń skórnych, która ostatnio nastąpiła w dermatologji.

W dyskusji kol. Blassberg.

Kol. Reiss przedstawia przypadek *gruźlicy wrzodziejącej jamy ustnej* u osobnika *z gruźlicą płuc, pęcherza* i innych organów.

W dyskusji Prof. Latkowski zaznacza, że w tym przypadku naświetlanie byłoby przeciwskazane, ze względu na zmiany w płucach które mogłyby się rozsiać.

Doc. Szymanowicz przedstawia preparat makroskopowy i mikroskopowy *guza jajnikowego*, który przed kilku tygodniami został wyjęty u kobiety lat 37, a który przed zabiegiem operacyjnym rozpoznano jako torbiel jajnika prawego. Wywiady nie dają nic szczególnego; pacjentka zawsze była zdrowa. Pierwszy perjod miała w 16 r. życia, późniejsze regularnie co 4 tygodnie. W r. 1927 rodziła prawidłowo. Żadnych dolegliwości ani objawów pochodzących od gruczołów wewnętrzno - wydzielniczych nie miała. Po wyjęciu guz okazał się makroskopowo torbielą wielokomorową, o nierównej konsystencji. Na przekroju wykazywał utkanie niejednolite, w przeważającej części podobne do plastra miodu, tylko o większych komórkach, szaro - żółto zabarwionych, wypełnionych płynem galaretowatym. Ponieważ w klinice ginekologiczno - położniczej U. J. wszystkie guzy jajnikowe bez wyjątku są badane histologicznie, przeto i w tym wypadku nie uszło uwagi niezwykłe utkanie histologiczne guza. Pokazało się, że jest on zupełnie podobny do utkania gruczołu tarczowego, wykazującego w niektórych miejscach bujanie złośliwe. *(Carcinoma).* Rozpoznano zatem *struma ovarii maligna (carcinomathodes).* Podobny guz opisał pierwszy Gottschalk, lecz sądził, że jest to *folliculoma malignum.* Później dopiero Kretschmer i Pick stwierdzili identyczność tych guzów z tarczycą i podczas gdy pierwszy uważał je za przerzuty z tarczycy, drugi widział w nich teratoidalne twory. Bauer odrzuca pochodzenie tarczycowe i twierdzi, że to tylko *kystoma pseudomucinosum* o specjalnej budowie, wychodzący z nabłonka jajnika. Klinicznie guzy te nie przedstawiają nic charakterystycznego. Mogą być dobrotliwe, jeżeli rozwijają się w dermoidzie, złośliwość ich nie będzie ulegać wątpliwości, jeżeli spotka się je w teratoblastomie. Guz nasz robi wrażenie, że pierwotnie rozwijał się jako dobrotliwy a z czasem uległ zwyrodnieniu rakowatemu. Trudno jest stwierdzić częstość *struma ovarii.* Pick spotkał je 6 razy na 21 dermoidów. Mayer 2 razy na 131 dermoidów. Sądzę że tylko wtedy można mówić o *struma ovarii,* jeżeli tarczyca przeważa w guzie a taki stosunek nie jest częsty. Dalej omawia doc. Szymanowicz przypadek *przedwczesnego odklejenia łożyska* normalnie usadowionego w 10 m. ks., którego objawy rozpoczęły się typowym stanem przedeklamptycznym, niestety nierozpoznanym przed wystąpieniem objawów już dokonanego odklejenia. Chorej mimo natychmiastowego rozwiązania i zastosowania wszelkich możliwych środków ratunkowych, nie wyłączając transfuzji krwi, nie udało się uratować.

W dyskusji kol. Blassberg, Ściesiński, Frommer, Reiner oraz doc. Szymanowicz w odpowiedzi.

Kol. doc. Kostrzewski wygłasza wykład *w sprawie nietypowych przypadków duru wysypkowego* (demonstracja 2 przypadków).

W dyskusji kol. Blassberg przypomina i podkreśla dużą wartość rozpoznawczą objawu dr. Motyki, umożliwiającego różniczkowanie między durem brzusznym a wysypkowym. Po dość silnem uciśnięciu plamki opuszką palca plamka nie znika pod uciskiem, a otoczenie plamki przez ucisk bieleje. Po chwili skóra wraca do pierwotnego stanu, wszelako przy dalszej obserwacji tego samego miejsca zauważa się, że po upływie pół do jednej minuty pierwotnie zbielałe miejsce na nowo staje się białe, a zbielenie to zatacza nieraz coraz szersze kręgi. Dr. Blassberg śledząc w licznych przypadkach duru osutkowego podczas epidemji w r. 1919 za tym objawem, przekonał się, że zjawisko to istotnie bardzo wyraźnie i prawie stale występuje i uważa objaw Dra Motyki za cenne wzbogacenie arsenału rozpoznawczego w durze osutkowym.

Prof. Latkowski podkreśla, że przypadek drugi w którym wystąpiła wysypka bez gorączki jest nadzwyczaj rzadkim. Rozpoznanie duru wysypkowego w takim przypadku jest bardzo trudne, a rozstrzyga jedynie dodatni odczyn Weila - Felixa. Uderzającą w tym przypadku jest leukopenja, którą w przebiegu duru plamistego bardzo rzadko spotyka się. Dalej nadmienia prof. Latkowski, że widział odczyn Weila - Felixa występujący nieraz w 14 dniu choroby.

Prof. Latkowski podziela zapatrywanie kol. Kostrzewskiego co do znaczenia rozpoznawczego *encephalomeningitis,* które zjawia się w toku duru wysypkowego. *Menigitis* w toku duru wysypkowego jest zupełnie różną od *meningitis typhosa,* która przedstawia obraz ciężkiego schorzenia i inny obraz płynu mózgowo - rdzeniowego. Niekiedy wykonanie punkcji lędźwiowej i zbadanie płynu mózgowo - rdzeniowego rozstrzyga o rozpoznaniu duru wysypkowego. Również reakcja złota jest w durze wysypkowym charakterystyczna.

Pozatem zabierają głos kol. Blassberg i doc. Kostrzewski.

Demonstracja. Kol. Blassberg pokazuje liście bielunia dziędzierzawy *(Datura Strammonium),* których pacjent błędnie użył jako odwaru na wewnątrz zamiast do odkadzania lub papierosów. Po napadzie epileptoidalnym, majaczeniach i innych objawach zatrucia hyoscyno - atropinowych pacjent po kilkunastu godzinach wrócił do zdrowia.

Walne Zebranie Krak. Tow. Lek. dnia 19. XII. 1928 r.
Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.
Obecnych 50.

Prof. Wachholz przewodniczący Komisji Matki proponuje ponowny wybór starego Zarządu w składzie następującym:

Wybrano na 1 rok:

Prezes Prof. Dr. J. Latkowski, wiceprezes Dr. J. Landau, sekretarz doroczny Dr. Edward Szczeklik.

11 członków Komisji Rewizyjnej: Dr. Blassberg, Doc. Dr. Bujak, Prof. Dr. Ciechanowski, Dr. Maciąg, Prof. Dr. Majewski, Prof. Dr. Olbrycht, Prof. Dr. Piltz, Prof. Dr. Rosner, Prof. Dr. Rutkowski, Dr. Strzemieński, Dr. Wojciechowski.

2 delegatów do Rady Zawiadowczej Towarzystwa Lekarskiego b. Galicji: Prof. Dr. Lenartowicz, Prof. Dr. Nowicki.

10 delegatów na Walne Zgromadzenia Tow. Lekarskiego b. Galicji: Doc. Dr. Artwiński, Dr. Blassberg, Prof. Dr. Ciechanowski, Dr. Fuchs, Dr. Glassner, Dr. Jankowski, Prof. Dr. Majewski, Prof. Dr. Olbrycht, Dr. Strzemieński, Dr. Surzycki.

2 członków Komisji kontrolnej Krak. Tow. Lekarskiego· Dr. Wachtel, Dr. Piotrowski.

1 członek Komisji Krak .Tow. Lekarskiego b. Galicji: Dr. Strzemieński.

Wybrano na 3 lata:

Skarbnik Dr. Akermann i dwaj redaktorzy Prof. Dr. Ciechanowski i Doc. Dr. Kostrzewski.

Bibljotekarz Dr. Spira, gospodarz Doc. Dr. Seńkowski i sekretarz stały. Prof. Dr. Gieszczykiewicz zostali wybrani w ubiegłym roku na okres 3 letni.

Prof. Łatkowski dziękuje za wybór.

Następnie Prof. Marchlewski wygłasza odczyt p. t.: *Badanie absorbcji widma nadfijołkowego przez substancje organiczne na usługach biochemji.*

Sekretarz: *E. Szczeklik.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXVII Posiedzenie naukowe z dnia 16 listopada 1928 r.

Przewodniczy Kol. Ziembicki.

Przewodniczący poświęca wspomnienie pośmiertne Kolegom: bł. p. Hermanowi Finklowi i ś. p. Edwardowi Kikingerowi.

1. Kol. Lipiński omawia przypadek *różycy świń u człowieka.*

W dyskusji przemawiali: Kol. Gąsiorowski, Leszczyński, Fels, Ostrowski Tadeusz, Węgrzynowski, Barącz i prelegent.

2. Kol. Kuhl przedstawił przypadek *odwrotnego zupełnego przemieszczenia trzew.*

3. Kol. Schütz okazał *zdjęcia: a) powyższego przypadku, b) przypadku przemieszczenia serca.*

4. Kol. Czeżowska omówiła przypadek *żółtaczki hemolitycznej.*

5. Kol. Dobrzaniecki przedstawił i omówił szereg przypadków *z zakresu plastyki twarzy.*

6. Kol. Hilarowicz przedstawia z kliniki chirurgicznej *przypadek przecięcia gałązek komunikujących (rami communicantes)* w zakresie splotu ramieniowego czyli t. zw. ramisekcji u kobiety; zabieg został wykonany z powodu bardzo ciężkiego stanu który wystąpił w następstwie odjęcia sutka z powodu raka, a charakteryzował się nadzwyczaj intenzywnemi bólami kończyny, zwiększeniem napięcia mięśniowego oraz niemożnością jej używania; wobec braku jakichkolwiek objawów nawrotu należało uważać stan ten za pokrewny formie wyodrębnionej przez Babińskiego i Frommenta jako t. zw. kontraktury odruchowe, fizjopatyczne powstające w następstwie urazu, obecności blizny i t. d., a zależne od zaburzeń unerwienia sympatycznego, określane również przez Leriche'a jako *„reflex d'axone"* i leczone przez niego wycięciem okołotętniczem n. współczulnego. Po omówieniu historji badań nad czynnością gałązek komunikujących i ich roli w innerwacji tonicznej mięśni przedstawia prelegent najważniejsze wskazania do ramisekcji według Bonniota i Wertheimera (ze szkoły Leriche'a), a mianowicie prócz wszystkich wskazań do wycięcia okołętniczego także i pewne stany wzmożonego napięcia mięśniowego jak chorobę Little'a, następstwa uszkodzeń mózgu, Parkinsonismus a przedewszystkiem następstwa urazu obwodowego jak w przedstawianym przypadku. Mowca przedstawia technikę zabiegu wykonanego jak się zdaje po raz pierwszy na ziemiach Polski, bardzo mozolną i dość trudną wobec głębokości pola i złożonych stosunków anatomicznych. Wynik w tym przypadku wprost rozpaczliwym jest bardzo zadowalniający, gdyż chorej bóle ustały prawie zupełnie, napięcie mięśniowe wróciło do normy i chora może ręką poruszać. Mowca wzywa neurologów do skierowywania odpowiednich przypadków w celu leczenia ich „ramisekcją".

W dyskusji przemawiał kol. Schramm.

7. Kol. Ziembicki wygłosił odczyt z przeźroczami o dziełku Szymona z Łowicza: *Macer de herbarum virtutibus z r. 1532.* (Rzecz opisana dla Zjazdu Historyków Medycyny, który odbył się w zeszłym miesiącu w Krakowie).

XXVIII Posiedzenie naukowe z dnia 23 listopada 1928 r.

Przewodniczy Kol. Ziembicki.

1. Kol. Rothfeld omawia przypadek, dotyczący chłopca 17 let. *po nagminnem zapaleniu mózgu z napadowemi ruchami mimowolnemi* i zaburzeniami oddechowemi, opadnięciem szczęki dolnej i t. p. Objawy te są pochodzenia striarnego, organicznego nie zaś czynnościowego.

W dyskusji kol. Pisek omawia swój przypadek, dotyczący chorego z nagminnem zapaleniem mózgu z utratą mimiki i przymusowem leżeniem na prawym boku. Kol. Krzemicki omawiając przypadek kol. Rothfelda, podnosi, że ruchy oddechowe chorego przypominają astmę.

2. Kol. Zalewski omawia *a) przypadek obcego ciała w krtani i oskrzelu, b) przypadek ciała obcego w krtani.*

3. Kol. Dobrzański przedstawia 3½ let. dziecko u którego *usunął z przełyku dwie drobne monety;* zabieg wykonano w oesophagoscopji.

4. Przewodniczący kol. Ziembicki przypomina, że w dniu 24 b. m. Tow. Aptekarzy obchodzi jubileusz odkrycia lampy naftowej przez ś. p. Łukasiewicza.

5. Kol. Gąsiorowski wygłasza odczyt a) p. t. *O biologji pałeczki otoczkowej twardzieli,* b) p. t. *Masowe badanie serologiczne na Huculszczyźnie endemicznie zakażonej kiłą* (przeznaczone do druku).

XXIX Posiedzenie naukowe z dnia 30 listopada 1928 r.

Przewodniczy Kol. Ziembicki.

1. Kol. Adamówna przedstawia uzdrowieńca po *zapaleniu krwotocznem opon miękkich mózgu.*

2. Kol. Doliński wygłasza odczyt p. t.: *Walka rządu włoskiego z gruźlicą.* Ponadto przedstawia stan uzdrowisk we Włoszech, Wiedniu i Belgji.

W dyskusji kol. Pisek przypomina memorjały i zabiegi dawnej Rady m. Lwowa w kierunku zwalczania gruźlicy. Kol. Węgrzynowski omawia ustawę ubezpieczenia przeciw gruźlicy we Włoszech i stanowisko innych ustawodawców (Anglja, Polska). Kol. Mikołajski omawia rozporządzenie władz sanitarnych o sposobach zwalczania i konieczności zgłaszania przypadków gruźlicy, niebezpiecznej dla otoczenia. Kol. Seidl mówi o leczeniu gruźlicy w Kasach chorych i dotychczasowej ustawie, która po 52 tygodniach pozbawia ubezpieczonego dalszego leczenia. Kol. Selcer M. omawia sposób sanatoryjnego leczenia gruźlicy za granicą. Kol. Doliński, omawiając projekt ustawy, uważa, że należy zwrócić się z prośbą do Rządu o przyspieszenie wydania ustawy przeciwgruźliczej. Kol. Węgrzynowski zwraca się do Zarządu Tow. w sprawie uproszenia jednego z członków na referenta ustawy i wyznaczenie osobnego posiedzenia. Wniosek przyjęto.

XXX Posiedzenie naukowe z dnia 7 grudnia 1928 r.

Przewodniczy Kol. Grek.

1. Kol. Nowicki przedstawia i omawia przypadek sekcyjny *odosobnionej ziarnicy złośliwej jelita biodrowego.* Ten rzadki przypadek dotyczy mężczyzny lat 36, zarobnika. u którego klinicznie rozpoznano niedrożność jelita. Bliższych danych chorobowych nie można było uzyskać, gdyż chorego dostarczono do szpitala już w stanie końcowym. Sekcyjnie (Nr. prot. 924/28) stwierdzono w odległości około 2 m od zastawki Bauhina nacieczenie ściany jelita biodrowego na długości 20 cm tkanką białawą i to przedewszystkiem w zakresie błony śluzowej i podśluzowej, wypustkowato w zakresie mięśniówki. Światło jelita na całej niemal długości nacieczenia tak zwężone, że nie przepuszczało nawet ołówka. Jelito zwężone zrośnięte było na ograniczonej przestrzeni z esicą. Jelito powyżej zwężenia i tuż przy niem wykazywało dwa głębokie owrzodzenia, z których jedno przebiło kanałowato między blaszkami krezki przez krezkę do jamy brzusznej i spowodowało ostre śmiertelne zapalenie otrzewnej. Jelito cienkie powyżej zwężenia dość znacznie rozszerzone i z mięśniówką przerosłą. Gruczoły krezkowe, odpowiadające odcinkowi jelita tu zajętego były powiększone, dość miękkie białawe. Badanie drobnowidowe ściany jelita zwężonego wykazało utkanie ziarnicy złośliwej i to jeszcze w dość wczesnym okresie z obecnością dość licznych komórek wielkich jedno i wielojądrzastych ziarniczych, jak równie (świeższe zmiany) w gruczołach chłonnych krezkowych.

Prelegent podnosi niezwykłą rzadkość wogóle ziarnicy złośliwej przewodu pokarmowego a tembardziej ziarnicy odosobnionej, a więc ograniczonej jedynie do niego; takich przypadków jest zaledwie kilkanaście ogłoszonych w piśmiennictwie. Ziarnica złośliwa przewodu pokarmowego pojawia się pod trzema postaciami, jako wrzodziejąca, gruczołowata lub naciekowo rozlana, jak w przypadku przedstawionym. Stwierdzano też objawy niedrożności u chorych operowano. W żadnym przypadku nierozpoznano właściwego tła chorobowego.

W dyskusji kol. Czernecki mówi o swoim przypadku ziarnicy przewodu pokarmowego, u chorego były równocześnie zmienione inne gruczoły chłonne.

2. Kol. Szurek przedstawie i omawia następujące preparaty anatomo - patologiczne:

a) zupełne zamknięcie zakrzepem głównego pnia tętnicy płucnej u kobiety l. 28, która nagle zmarła w kilka dni po porodzie; zakrzep w postaci czopu tkwi w pniu tejże, tętnica ta następnie wchodzi w tętnice lewą i prawą. Niewątpliwie początek zakrzepu stanowił zator zakrzepowy, pochodząy z zakrzepów, stwierdzonych sekcyjnie w żyłach macicznych. Mowca omawia mechanizm powstania tego zamknięcia zakrzepowego oraz podnosi, że w ostatnich tygodniach spostrzegano w Instytucie anat. patol. kilka podobnych przypadków u osób po porodzie lub po operacjach guzów narządów rodnych wewnętrznych;

b) wątrobę z przewlekającym się zanikiem żółtym; odnośna kobieta l. 26 zmarła po 6-tygodniowej chorobie wśród wybitnej żółtaczki. Wątroba zmniejszona jest przynajmniej o $^2/_3$, wybitnie żółta, o rysunku przekroju zupełnie zatartym, jednak nie bardzo wielka i krucha. Wywiady, badanie kliniczne i podmiotowe nie mogło wykazać tła chorobowego;

c) dwa żołądki z rakiem, pochodzące od mężczyzny lat 23 i kobiety lat 31; mowca pokazuje je ze względu na młody wiek osobników tym rakiem dotkniętych. Liczba raków u osobników poniżej lat 30 wynosiła w statystyce tut. instytutu anatomji pat. za czas 1904—1920 przyp. 46, a w tem 30 kobiet; u mężczyzny rozpoznano raka i nawet wykonano laparotomję, jednak z powodu rozległości sprawy i przerzutów jamę brzuszną zaszyto bez jakiegokolwiek zabiegu na żołądku.

W dyskusji kol. Sochański omawia stronę kliniczną. Kol. Pisek. Zdaje się że w ostatnich latach częściej widujemy zakrzepy i zatory — w szczególności w tętnicy płucnej — niż w latach dawniejszych, podczas gdy częstość zmian w samejże tętnicy płucnej należy ciągle do rzadkości. Przed wielu laty opisał mowca z lwow. szpitala powsz. przypadek *endocarditis vegetans arteriae pulm.*, przypadkowo przy sekcji stwierdzony — bez żadnych następstw i bez żadnych szczególniejszych za życia objawów. Kwestja częściej obecnie zdarzających się zakrzepów i zatorów t. płucnej z zejściem śmiertelnem stanęła na porządku dziennym w Niemczech i na Zachodzie i co dziwniejsze że przypadki z oddziałów wewnętrznych wielokrotnie przewyższają przypadki chirurgiczne np. z kliniki wewnętrznej Jahra zebrano 4 razy więcej niż z chirurgicznej.

Tenże autor jak również szereg innych autorów sądzą że przyczyna leży w nadmiernie często stosowanych obecnie zastrzykach dożylnych. Inna grupa autorów zaprzecza temu. Ochler podejrzewa afenil, Linhardt każdy dożylny zastrzyk, Reye, Hegeler, Burwinkel, Oberndorfer i in. nie zgadzają się z tym poglądem. W ostatnich czasach zjawiły się obszerne statystyczne, porównawcze zestawienia obejmujące kilkanaście lat, tysiące chorych i sekcyj i odsetek śmiertelnych przypadków zatorów. Najnowsza praca z kliniki Kulbsa również zaprzecza istnieniu związku przyczynowego pomiędzy zakrzepami, zatorami a zastrzykami dożylnemi i stwierdzając niewątpliwy wzrost w latach 1912—1927 (z jedyną przerwą w r. 1920) w dwójnasób zakrzepów, a śmiertelnych zatorów — do pięciokrotnej wysokości niż dawniej, wykazuje że ilość nie leczonych dożylnie przypadków zakrzepów, przewyższa wielokrotnie ilość leczonych dożylnie i wyklucza związek przyczynowy. Zawsze jednak sądzi mowca że niezaprzeczony wzrost przypadków zatorów i zakrzepów daje do myślenia a tłumaczenie że znakomita terapja chorób serca obecna utrzymuje tak długo działalność serca dopóki — poprzednio już zużyte naczynia bardziej stają się skłonne do zakrzepów i zatorów prowadzących do śmierci nagłej (Oberndorfer) — nie wyjaśnia sprawy.

W odpowiedzi kol. Nowicki podnosi, że kol. Pisek odnośnie do przypadku pierwszego wspomniał o wpływie, jaki, według niektórych, mają na powstawanie zakrzepów wstrzykiwania śródżylne. Kol. Nowicki z naciskiem podniósł stwierdzenie w ostatnich tygodniach kilku przypadków zatorów i zamknięcia tętnicy płucnej z nagłą śmiercią. Przypadki te mogłyby być ostrzeżeniem w kierunku zachowania się chorych po operacjach i dla położnic.

3. Kol. Węgrzynowski *Sprawozdanie z VI międzynarodowego Zjazdu Unii przeciwgruźliczej w Rzymie.*

a) Kol. Węgrzynowski omawia organizację przeciwgruźliczą włoską i stosunek do niej Mussolinego,

b) kol. Tomanek omawia *stronę naukową zjazdu,*

c) kol. Frisoh omawia *wystawę przeciwgruźliczą różnych państw* ze szczególnem uwzględnieniem wystawy polskiej,

d) kol. Cybulska omawia *przebieg zjazdu pielęgniarek.*

St. Ostrowski, sekretarz.

Zjazd Lekarzy Powiatowych Województwa Poznańskiego w Bydgoszczy.

W dniach 9 i 10 lutego r. b .odbył się w Bydgoszczy zjazd lekarzy powiatowych Województwa Poznańskiego, na który przybyli 33 lekarze.

Zjazd powitał imieniem miasta Bydgoszczy wiceprezydent Dr. T. Chmielarski, dziękując zjazdowi za zaszczyt wyróżnienia miasta Bydgoszczy i prosząc, ażeby uczestnicy zjazdu byli względni przy ocenie usiłowań miasta w sprawie utrzymania na odpowiednim poziomie instytucyj i urządzeń sanitarnych.

W imieniu Władz Centralnych Państwowej Służby Zdrowia powitał zjazd Dr. Hryszkiewicz, podkreślając dodatnie znaczenie zjazdów mających się odtąd odbywać kolejno w miastach powiatowych, albowiem uczestnicy zjazdów, zwiedzając instytucje sanitarne w poszczególnych powiatach na terenie Województwa, będą mogli wyrobić sobie skalę porównawczą przy faktycznej ocenie tych urządzeń, w związku z już funkcjonującemi lub mającemi powstać podobnemi instytucjami na terenie ich powiatów.

W imieniu Wojewody poznańskiego zagaił zjazd Naczelnik Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia Publicznego Dr. Górski, poczem przystąpiono do wykonania porządku dziennego.

Jak ze sprawozdań lekarzy powiatowych wynika, na terenie województwa poznańskiego dokonane zostały w 1928 r. w dziedzinie zdrowotności publicznej między innemi następujące ulepszenia:

Zakończono budowę względnie przebudowę szpitali i pawilonów dla chorych zakaźnych w Bydgoszczy, Grodzisku, Wieleniu, Inowrocławiu, Jarocinie, Zdunach, Mogilnie, Obornikach, Poznaniu, Śmiglu, Wolsztynie i Żninie.

Stacje opieki nad matką i dzieckiem, kuchnie mleczne oraz żłóbki powtały lub zostały ulepszone w Bydgoszczy, Chodzieży, Grodzisku, Inowrocławiu, Jarocinie, Kościanie, Lesznie, Mogilnie, Ostrzeszowie, Poznaniu, Pleszewie, Rawiczu i Śmiglu.

Kąpieliska ludowe, łazienki i natryski urządzono w Bydgoszczy, Fordonie, Gnieźnie, Gostyniu, Jarocinie, Kościanie, Międzychodzie, Ostrzeszowie, Szamotułach, Środzie, Śmiglu i Śremie.

W dziedzinie wychowania fizycznego i przysposobienia wojskowego zorganizowano opiekę lekarską, urządzono boiska, strzelnice i t. p. w Chodzieży, Gostyniu, Inowrocławiu, Trzcinicy, Lesznie, Odolanowie, Ostrzeszowie, Poznaniu, Rawiczu, Rakoniewicach i Stęszewie.

Higiena szkolna doznała poprawy przez zaangażowanie w szeregu miast lekarzy szkolnych względnie przez wyznaczenie przez kilka sejmików pewnych kwot, umożliwiających zwiedzenie wszystkich szkół powszechnych i zbadanie uczniów przez lekarzy powiatowych. W Kościanie, Ostrzeszowie i Szamotułach powstały nowe gmachy szkolne ze wszystkiemi nowoczesnemi urządzeniami.

Akcja sanitarno - porządkowa zrobiła duże postępy. Skanalizowano całkowicie lub uzupełniono kanalizację w Gnieźnie, Koźminie, Wronkach, Sremie i Mosinie. W wielu mejscowościach urządzono nowe i odremontowano stare bruki i chodniki, zadrzewiono ulice i place, odremontowano domy, znacznie posunięto sprawę uporządkowania śmietników i ustępów. Komisje sanitarne wykazywały wzmożoną działalność przez częste lustracje miejsc i lokali użyteczności publicznej.

W dalszym ciągu porządku dziennego Inspektor lekarski Dr. Żmigrod wygłosił referat pod tytułem: „Podstawy prawne i technika dla przeprowadzenia zarządzeń sanitarno - porządkowych i dla podniesienia zdrowotności i wyglądu kraju“, w którym przytoczył obowiązujące na obszarze Województwa Poznańskiego przepisy i rozporządzenia, normujące te sprawy. Referat ten, zawierający szereg przepisów pruskich, dotychczas obowiązujących w Województwie Poznańskiem, był wysłuchany z żywem zainteresowaniem.

Naczelny lekarz m. Poznania Dr. Szulc przedstawił projekt szematu organizacji sanitarjatu samorządowego.

Drugi dzień zjazdu poświęcony był oględzinom miejskiego schroniska dla niemowląt, łazienek ludowych w Szwederowie,

miejskiej stacji dla chorych na gruźlicę, schroniska dla starców i sanatorjum dla chorych na płuca w Smukale. Wszystkie te instytucje stoją na należytym poziomie, są dobrze urządzone i prowadzone, co niejednokrotnie podkreślali uczestnicy Zjazdu.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Zjazd Przedstawicieli Uzdrowisk. W dni. 25 i 26. lutego b. r. odbył się w Warszawie Zjazd Przedstawicieli Uzdrowisk. Na miejsce ustępujących członków zarządu dokonano następujących wyborów.

Wybrani do zarządu: burmistrz dr. Ksawery Gróski (Krynica), prezes St. Karłowski (Korywiec—zdrój), T. Pietkiewicz (Zakopane), J. Kożuchowski (Nałęczów), M. Górzyński (Otwock) i inż. Łumina (Jaremcze).

Na zastępców: M. Reiner (Otwock), dr. S. Mazurkiewicz (Jastrzębiec—zdrój na Śląsku) i inż. R. Daniewski (Solec).

Do komisji rewizyjnej: E. Kasperowicz (Otwock), inż. Marjan Raczyński i A. Koperkiewicz (Ciechocinek).

Na tem obrady zakończono i zjazd zamknięto.

Tow. Neurolog. Warsz., pragnąc przyczynić się do zbliżenia i żywszej wymiany myśli neurologów polskich, urządziło w dn. 24. marca r. 1929 (w niedzielę) swe zebranie doroczne. Posiedzenia odbywały się w sali posiedzeń Tow. Naukowego — ul. Śniadeckich 8 o godz. $9^1/_2$ rano i o 3 popoł. Porządek dzienny: 1) Mackiewicz: O glejakach, 2) Bregman: O zaburzeniach w gruczołach dokrewnych. — Tow. Neurolog. Warsz. prosi o zgłoszenie swego ewentualnego udziału w dyskusji na ręce przewodniczącego Tow. Dra Bregmana (Moniuszki 11).

W dniu poprzedzającym zebranie doroczne, t. j. 23 marca 1929 r. (w sobotę), odbyło się w tymże lokalu o godzinie $8^1/_2$ zwykłe posiedzenie Tow. Neurol. z pokazami chorych.

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, pragnąc przyczynić się do jak najszybszego spopularyzowania naszych uzdrowisk i skierowania kuracjuszów do uzdrowisk swojskich zamiast do obcych, urządza wzorem 3-ch lat ubiegłych w siedzibie swej (Widok 23) w lutym, marcu i kwietniu r. b. serję odczytów z dziedziny balneoterapji i klimaterapji polskiej.

Odczyty te są bezpłatne, przeznaczone dla lekarzy, studentów i osób zainteresowanych.

W piątek 22. marca, godz. 20'30 punktualnie. Dr. Henryk Rübenbauer (Lwów). Horyniec Zdrój i jego znaczenie lecznicze. Dyr. J. St. Szczerbiński. Zagadnienie polityki uzdrowiskowej. W 2-giej części posiedzenia Dr. A. Śmiechowski wygłosił odczyt p. t. „W sprawie projektu ustawy o ubezpieczeniach społecznych".

Opinja Zarządu Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego w sprawie obsadzania stanowisk pedjatrycznych w instytucjach leczniczych oraz społeczno-higjenicznych. Chcąc podnieść poziom naukowy młodszych kolegów pedjatrów, chcąc ich zachęcić do większej pracy nad sobą, Zarząd Pol. Tow. Pedjatrycznego opracował przepisy niniejsze, które w sposób prosty i nieprzesadzający miejscowych zwyczajów precyzują trzy punkty następujące: A) — kto ma prawo nazywać siebie pedjatrą, B) — jakie stanowiska powinny być przez pedjatrów obsadzane, C) — w jaki sposób powinny być oceniane kwalifikacje zgłaszających się kandydatów.

A) Lekarz mianujący się pedjatrą powinien odpowiadać następującym warunkom: ogółem mieć conajmniej trzy lata praktyki lekarskiej szpitalnej, przyczem jeden rok winien być poświęcony pracy na oddziale chorób wewnętrznych dla dorosłych, dwa lata zaś pracy w szpitalnictwie dziecięcem, przyczem konieczne jest zaznajomienie się z chorobami zakaźnemi i wieku niemowlęcego. Zaświadczenie z odbytej praktyki winno być potwierdzone przez szefów instytucyj, w których dany kandydat pracował.

B) Przez pedjatrów winny być obsadzane następujące stanowiska zarówno czasowe jak stałe:

1. Wszystkie stanowiska w instytucjach leczniczych, udzielających pomocy wyłącznie lub między innemi dzieciom do lat 14-tu włącznie (szpitale, ambulatorja szpitalne i społeczne, kasy chorych, pomoc lekarska dla urzędników oraz inne instytucje lecznicze i społeczne). Lecznictwo ludności w tym wieku powinno znajdować się wyłącznie w rękach lekarzy pedjatrów. 2. Lekarzy szkolnych w szkołach powszechnych i średnich. 3. W stacjach opieki nad niemowlętami i dziećmi. 4. We wszelkiego typu żłobkach. 5. Ochronkach, bursach, domach sierot oraz innych zakładach wychowawczo-społecznych dziecięcych. 6. W przychodniach przeciwgruźliczych, przeciwkiłowych, przeciwreumatycznych, przeznaczonych dla dzieci do lat 14.

C) Na stanowisko asystentów klinicznych oraz szpitalnych przyjmowani są kandydaci według przepisów obowiązujących w danym zakładzie leczniczym. Na stanowiska ordynatorów i kierowników szpitalnych winni być wyznaczeni lekarze na zasadzie konkursu, według norm przyjętych w danej miejscowości.

D) Inne stanowiska wymienione wyżej winny być obsadzane na zasadzie konkursu. Konkurs ten winien wziąć pod uwagę kwalifikacje lekarzy pod względami następującemi: 1. Dotychczasowej działalności lekarskiej i społecznej, 2. lat pracy pedjatrycznej, 3. pracy na polu naukowem, 4. wyszkolenia w kierunku specjalnym, odpowiadającym danemu stanowisku (w stacjach opieki nad niemowlętami, w żłobkach, domach wychowawczych pierwszeństwo mają lekarze pracujący na oddziałach szpitalnych niemowlęcych; na stanowiska lekarzy szkolnych pożądani są w pierwszym rzędzie lekarze, posiadający wyszkolenie w dziedzinie wychowania fizycznego, higjeny szkolnej oraz psychologji dziecięcej; dla objęcia posad w przychodniach przeciwgruźliczych pierwszeństwo mają lekarze, pracujący nad gruźlicą wieku dziecięcego).

E) Powyższe kwalifikacje powinni oceniać lekarze fachowcy. W razie jeśli dana instytucja nie posiada w swym Zarządzie odpowiednich sił fachowych, mogących ocenić kwalifikacje kandydatów, pożądane jest, aby została powołana specjalna komisja złożona z fachowców, albo też dana instytucja winna zwrócić się do odpowiedniej organizacji naukowo-lekarskiej z prośbą o ocenę kwalifikacji zgłaszających się kandydatów.

Kraków.

Prezesem Polskiej Akademji Umiejętności obrany został Kazimierz Kostanecki, profesor anatomji opisowej U. J.

Dyrektorem zakładu dla umysłowo-chorych w Kobierzynie pod Krakowem został Dr. Stryjeński.

Dnia 16. marca zmarł Dr. Zygmunt Wielski w 57 r. życia.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. IX. Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 22 marca b. r. z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. Meller i E. Piotrowski: Przypadek ropnia płuc wyleczonego odmą (pokaz); 2) kol. T. Zalewski: Ropień płatu skroniowego pochodzenia usznego (pokaz); 3) kl. A. Gruca: Przypadek porażeń kończyn dolnych leczony operacyjnie (pokaz); 4) kol. W. Elmer i H. Scheps: Dalsze spostrzeżenia nad leczeniem parathormonem Collipa w tężyczce (pokaz); 5. kol. H. Demianowski: Kokainizm (wykład). W dyskusji zabierali głos następujący kol.: T. Ostrowski, Tennenbaum, Dobrzański, Legeżyński.

Wynik wyborów, dokonanych na posiedzeniu konstytuującem Rady Izby Lekarskiej Lwowskiej, odbytem w dniu 10. marca 1929. Zarząd Izby: Naczelnik Izby: Prof. Dr. Witold Nowicki, Lwów, ul. Kampiana 9. I. Zast. Nacz. Izby: Dr. Eugenjusz Dolinński, Lwów, ul. Gródecka 16. II. Zast. Nacz. Izby: Doc. Dr. Wiktor Reis, Lwów, ul. Fredry l. 4. Sekretarz: Prym. Dr. Stanisław Ostrowski, Lwów, ul. W. Pola 8. Skarbnik: Dr. Zygmunt Stobiecki, Lwów, ul. Asnyka 2. Członkowie: Dr. Antoni Dobrzański, Lwów, ul. Batorego 12. Dr. Kazimierz Flis, Rudki. Dr. Michał Salpeter, Lwów, ul. Sykstuska 17. Dr. Miron Wachnianin, Lwów, ul. Senatorska 11 a.

Zastępcy Członków Zarządu: 1. Dr. Mikiewiczówna Anna, Lwów, ul. Kochanowskiego 8. 2. Prof. Dr. Bocheński Kazimierz, Lwów, ul. Akademicka 21. 3. Dr. Bikeles-Mardechai, Lwów, ul. Podwale 7. 4. Dr. Fox Jan, Kulparków. 5. Dr. Danielski Zygmunt, Lwów, pl. Bernardyski l. 2 a. 6. Prof. Dr. Franke Marjan, Lwów, ul. Wałowa 29. 7. Dr. Damański Emanuel, Lwów, ul. Barska 1. 8. Dr. Buraczyński Tytus, Lwów, ul. L. Sapiehy 25. 9. Doc. Dr. Gruca Adam, Lwów, ul. Sobieskiego 1.

Sąd Izby. Członkowie: 1. Dr. Begleiter Henryk, ul. Sykstuska 15. 2. Dr. Bereźnicki Jan, Lwów, ul. Podwale 7. 3. Dr. Bikeles Mardechai, Lwów, ul. Podwale 7. 4. Prof. Dr. Bocheński Kazimierz, Lwów, ul. Akademicka 21. 5. Dr. Ehrlich Dawid, Lwów, ul. Kościuszki 6. 6. Dr. Fels Izrael, Lwów, ul. Słoneczna 1. 7. Dr. Gruca Adam, Lwów, ul. Sobieskiego 1. 8. Dr. Jonas Maks, Lwów, ul. Akademicka 11. 9. Dr. Kamiński Zygmunt, Lwów, ul. Asnyka 15.

10. Dr. Kotiers Zdzisław, Lwów, ul. Jabłonowskich 2. 11. Dr. Lachowicz Zdzisław, Lwów, ul. Kraszewskiego 13. 12. Prof. Dr. Lenartowicz Jan, Lwów, ul. Sykstuska 43. 13. Dr. Lipiński Witołd, Lwów, ul. Piekarska 54. 14. Dr. Ludwig Stanisław, Lwów, ul. Chorążczyzny 16. 15. Dr. Mączewski Stanisław, Lwów, ul. Piekarska 3. 16. Dr. Pohorecki Andrzej, Lwów, Szpital powszechny. 17. Dr. Pogonowska Marja, Lwów, ul. Asnyka 6. 18. Dr. Rosenbaum Jerzy, Stanisławów, ul. Smolki 2. 19. Doc. Dr. Sabatowski Antoni, Lwów, ul. Asnyka 2. 20. Dr. Sawicka Henryka, Lwów, ul. Piekarska 11. 21. Dr. Schneider Natan, Lwów, ul. Kosciuszki 24. 22. Dr. Skrowaczewski Paweł, Lwów, ul. Fredry 6. 23. Dr. Świątkiewicz Michał, Lwów, ul. Piekarska 1 b. 24. Dr. Zion Oswald, Lwów, ul. Kraszewskiego 5.

Zastępcy Członków Sądu: 1. Dr. Aleksiewicz Andrzej, Lwów, ul. Asnyka 2. 2. Dr. Beltowski Adam, Lwów, ul. Kopernika 29 a. 3. Dr. Ciepielowski Władysław, Lwów, ul. Halicka 5. 4. Prof. Dr. Cieszyński Antoni, Lwów, ul. Batorego 38. 5. Doc. Dr. Czernecki Wincenty, Lwów, ul. Bielowskiego 1. 6. Dr. Czeżowska Zofja, Lwów, ul. Tarnowskiego 11 a. 7. Dr. Damański Emanuel, Lwów, ul. Barska 1. 8. Dr. Dattner Hugo, Lwów, ul. Cłowa 7. 9. Dr. Dawidowicz Emil, Lwów, ul. Zimorowicza 5. 10. Dr. Drak Juljusz, Lwów, ul. Sykstuska 56. 11. Dr. Epler Roman, Lwów, ul. Nabielaka 12. 12. Dr. Garfeinówna Olga, Lwów, ul. Zielona 17. 13. Dr. Graf Nataniel, Lwów, ul. Gródecka 89. 14. Dr. Hermelin Eljasz, Lwów, ul. Jagiellońska 11 a. 15. Dr. Hołodyński Jerzy, Lwów, ul. Romanowicza 16. 16. Dr. Kauczyński Klemens, Lwów, ul. Jagiellońska 8. 17. Dr. Liebhart Stanisław, Lwów, ul. Dwernickiego 11 a. 18. Dr. Musiał Albin, Lwów, ul. Piekarska 11. 19. Dr. Piro Karol, Lwów, ul. Pełczyńska 2. 20. Dr. Schusterówna Helena, Lwów, ul. Piekarska 52. 21. Dr. Stauber Salomon, Lwów, ul. Mikołaja 11. 22. Dr. Szulisławska-Lindertowa Zofja, Lwów, Na Bajkach 24. 23. Prof. Dr. Zalewski Teofil, Lwów, ul. Sykstuska 49. 24. Dr. Zięborak Stanisław, Lwów, ul. Pijarów 4.

Członkowie Komitetu wykonawczego Kasy Ubezpieczeniowej Członków Izby Lekarskiej (K. U. C. I. L.). 1. Prof. Dr. Bocheński Kazimierz, Lwów, ul. Akademicka 21. 2. Dr. Lipiński Witołd, Lwów, ul. Piekarska 54. 3. Dr. Salpeter Michał, Lwów, ul. Sykstuska 17.

Zastępcy: 1. Dr. Dadlez Józef, Lwów, ul. Piekarska 52. 2. Dr. Drak Juljusz, Lwów, ul. Sykstuska 56. 3. Dr. Geldmanówna Dorota, Lwów, ul. Łyczakowska 52.

Członkowie Komitetu wykonawczego Kasy Emerytalnej: 1. Dr. Czaczkowski Józef, Lwów, ul. Zimorowicza 12. 2. Prof. Dr. Cieszyński Antoni, Lwów, ul. Batorego 38. 3. Dr. Selzer Marcin, ul. Halicka 21.

Zastępcy: 1. Dr. Serbeński Walerjan, Lwów, pl. Dąbrowskiego 4. 2. Dr. Świtalski Mieczysław, Lwów, ul. Piłsudskiego 11.

Sąd polubowny Kasy Emerytalnej. Członkowie: 1. Prof. Dr. Halban Henryk, Lwów, ul. Mochnackiego 38. 2. Dr. Hinze Roman, Rzeszów. 3. Dr. Kuhn Adolf, Lwów, ul. Łyczakowska 46.

Zastępcy: 1. Dr. Zadurowicz Emil, Sambor. 2. Dr. Zgorski Kazimierz, Lwów, ul. Asnyka 1.

Komisja Rewizyjna Izby Lekarskiej: 1. Dr. Świątkiewicz Michał, Lwów, ul. Piekarska 1 b. 2. Dr. Zabłocki Stanisław, Lwów, ul. Kl. Tańskiej 3. 3. Prof. Dr. Zalewski Teofil, Lwów, ul. Sykstuska 49.

Delegaci do Naczelnej Izby Lekarskiej: 1. Prof. Dr. Bocheński Kazimierz, Lwów, ul. Akademicka 21. 2. Dr. Danielski Zygmunt, Lwów, pl. Bernadyński 2 a. 3. Dr. Krzyczkowski Antoni, Warszawa - Praga, ul. Targowa 67. 4. Dr. Landau Henryk, Lwów, ul. Jabłonowskich 28. 5. Prof. Dr. Nowicki Witołd, Lwów, ul. Kampiana 9. 6. Dr. Ramer Salomon, Sanok. 7. Dr. Śmiechowski Antoni, Warszawa, ul. Szpitalna 12. 8. Dr. Wajgiel Eugenjusz, Warszawa, Akademja Weterynaryjna.

Zastępcy Delegatów do Izby Naczelnej: 1. Dr. Baranowski Tadeusz, Drohobycz. 2. Dr. Czyżewski Kazimierz, Lwów, ul. Łyczakowska 9. 3. Prym. Dr. Leszczyński Roman, Lwów, ul. Wałowa 23. 4. Dr. Mierzecki Henryk, Lwów, ul. Batorego 32. 5. Dr. Notz Juljusz, Lwów, ul. Dojazdowa 2. 6. Dr. Podsoński Władysław, Lwów, ul. św. Zofji 10. 7. Doc. Dr. Sabatowski Antoni, Lwów, ul. Asnyka 2. 8. Dr. Prym. Wolf Aron, Lwów, ul. Batorego 32.

Członkowie Sądu Izby Naczelnej: 1. Prof. Dr. Grek Jan, Lwów, ul. Romanowicza 5. 2. Doc. Dr. Reis Wiktor, Lwów, ul. Fredry 4.

Zastępcy: 1. Dr. Kuhn Adolf, Lwów, ul. Łyczakowska 46. — 2. Dr. Salpeter Michał, Lwów, ul. Sykstuska 17.

Z kraju.

Wolne posady lekarskie. Województwo Lubelskie rozpisuje konkurs z terminem do 25 kwietnia b. r. na cztery posady lekarzy powiatowych oraz jedną posadę zastępcy lekarza powiatowego. O warunkach konkursu można się poinformować z ogłoszenia na tablicy w Izbie lekarskiej Lwowskiej lub w Województwie Lubelskiem.

Ze świata.

II Zjazd niemieckiego Towarzystwa dla badania narządu krążenia odbył się w Bad Nauheim w dniach 4 i 5 marca b. r. przy udziale około 150 uczestników pod przewodnictwem profesora A. Webera. Dwa główne, znakomicie opracowane i nadzwyczaj pouczające referaty profesorów: B. Grubera z Götyngi i Nonnenbrucha z Pragi będą ogłoszone niebawem w protokołach towarzystwa, jakie pojawią się w nakładzie firmy Theodor Steinkopff, Drezno - Lipsk. Poszczególne wykłady, wygłoszone na tym Zjeździe, o ile na to zasługują, będą ogłoszone nadto w czasopiśmie „Zeitschrift für Kreislaufforschung". Na przewodniczącego następnego zjazdu wybrano profesora J. Rihl'a z Pragi, a na miejsce przyszłego zjazdu miasto Drezno.

Najbliższy Zjazd lekarzy w Paryżu, zoorganizowany staraniem czasopisma „Revue Médicale Française" i jego współpracowników, odbędzie się od 9. do 14. czerwca 1929 r. i będzie dostępny dla wszystkich lekarzy francuskich i obcych, jak również dla studentów medycyny.

Biuro Komitetu ukonstytuowało się w następujący sposób: Przewodniczący: p. profesor Delbert. Wice-przewodniczący: pp. profesorowie Sergent i Desgrez. Komisarz generalny: p. profesor Balthazard. Sekretarz generalny: p. dr. Léon Tixier. Pomocnik sekretarza generalnego: p. Deval, kierownik laboratorjum Wydziału Lekarskiego. Skarbnik: p. dr. Léon Giroux, b. kierownik kliniki Wydziału Lek.

Zjazd będzie otwarty w Pałacu Wystaw miasta Paryża (Porte de Versailles), gdzie została urządzona wystawa pod protektoratem Francuskiego Komitetu Wystaw i pod kierownictwem p. Jean Faure, przewodniczącego Izby Syndykatu Fabrykantów wyrobów farmaceutycznych. Popołudniu dłuższe referaty będą wygłoszone w nowej sali Pałacu Wystaw przez pp. profesorów: Delbert i Sergent, przez dra Lesne, lekarza szpitali, i t. d.

Zrana program, racjonalnie rozłożony, pozwoli uczestnikom Zjazdu przyglądać się pokazom, które odbędą się przy współudziale wszystkich kierowników klinik Wydziału Lekarskiego, szpitali publicznych i prywatnych oraz asystentów Instytutu Pasteur'a, Instytutu Radowego i t. d.

Komitet Uroczystości, pod przewodnictwem p. dra Henri de Rothschild, ułożył program szczególnie wspaniały: Niedziela, 9. czerwca: wielkie przyjęcie w Pałacu Wystaw: orkiestra i numery teatralne, bufet. Wtorek, 11. czerwca: wieczór w Operze. Czwartek, 13. czerwca: wycieczka autocarem do doliny Chevreuse, śniadanie w Rombouillet, zwiedzenie pałaców Rambouillet i Dampierre, opactwa Port-Royal-des-Champs, podwieczorek w opactwie Vaux-de-Cernay. Piątek, 14. czerwca: uczestnicy będą przyjęci przez stacje klimatyczne i uzdrowiska, w warunkach szczególnie przyjemnych i korzystnych.

Komitet oprowadzać będzie codzennie panie po największych magazynach i muzeach, zapraszać — na koncerty, herbatki i t. p.

Można już zgóry przewidzieć, że powodzenie Zjazdu lekarzy w roku 1929 będzie daleko większe, niż w latach ubiegłych, dzięki temu, że Komitet, bogaty w doświadczenia poprzednich Zjazdów, mógł wprowadzić pożądane ulepszenia.

Udział: 50 franków dla uczestników Zjazdu, 20 franków dla pań i studentów medycyny. (Należność płatna czekiem albo przekazem pocztowym na rachunek „Journées Médicales", konto 1.55.60, Paryż).

We wszystkich kwestjach zwracać się do: p. dr. Léon Tixier, 18, Rue de Verneuil, Paris. (7 e).

Redakcja otrzymała.

St. Sroczyński: *„Inowrocław jako zdrojowisko"*. Odb. z Medycyny praktycznej, zesz. 1, z 1929 r.

H. Higier: *„Röntgentherapie im Bereiche der Gehirn und Rückenmarkstumoren"*. Odb. z „Nervenarzt". zeszyt 2, z r. 1929.

H. Higier: *„Nowotwory mózgu i rdzenia a naświetlenia promieniami Roentgena"*. Odb. z Warsz. Czas. lek. nr. 30 i 31 z r. 1928.